

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le mercredi 29 juin 1898, à 1 heure

PAR

Dimitri KASSABOFF

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

Né à Roustchouk (Bulgarie), le 15 Mars 1872



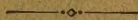
LES ENFONCEMENTS

DE LA

VOÛTE du CRÂNE

CHEZ LE FŒTUS

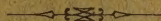
PENDANT L'ACCOUCHEMENT



Président : M. BUDIN

Juges : MM. { FOURNIER
 POIRIER
 GILLES DE LA TOURETTE

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical*



PARIS

IMPRIMERIE A. CORNOIS

96 — Boulevard Montparnasse — 96

1898

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le mercredi 29 juin 1898, à 1 heure

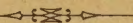
PAR

Dimitri KASSABOFF

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

Né à Roustchouk (Bulgarie), le 15 Mars 1872



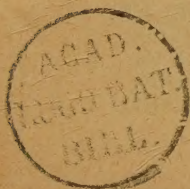
LES ENFONCEMENTS

DE LA

VOÛTE du CRÂNE

CHEZ LE FŒTUS

PENDANT L'ACCOUCHEMENT



Président : M. BUDIN

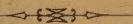
Juges : MM.

{ FOURNIER

{ POIRIER

{ GILLES DE LA TOURETTE

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical



PARIS

IMPRIMERIE A. CORNOIS

96 — Boulevard Montparnasse — 96

1898

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL.
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Chimie organique et chimie minérale		GAUTHIER.
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LABOULBENÉ.
		CHANTEMESSE.
		DIEULAFOY.
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
Maladie des enfants		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU.
		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophtalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchement		BUDIN.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

M. N...

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLE DE LA	NELATON.	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	HEIM.	KETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LEJARS.	REMY.	WIDAL.
DELBET.	LETULLE.	RICARD	WURTZ.
	MARFAN.	ROGER.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON BIEN-AIMÉ NEVEU

VASSIL RIBAROFF

Regrets éternels.

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES BELLES-SŒURS

A MES FRÈRES ANDRÉ & GEORGES

*Témoignage de reconnaissance
et d'affection fraternelle.*

A MON BEAU-FRÈRE

NICOLAS RIBAROFF

Lieutenant-Colonel de l'armée bulgare

Témoignage de la plus sincère affection

A MON MAÎTRE

Monsieur le docteur BAR

Professeur agrégé de la Faculté

Accoucheur de l'Hôpital Saint-Antoine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur BUDIN

Membre de l'Académie de Médecine

AVANT-PROPOS

Les enfoncements de la voûte du crâne chez le fœtus, que nous nous proposons à étudier, sont dûs, le plus souvent, aux rétrécissements du bassin, à la suite d'un accouchement spontané ou artificiel. Il est des cas cependant où l'enfoncement a pu se produire, à la suite d'un accouchement spontané, dans un bassin normal, mais il faut le dire, que ce sont des cas très rares. Nous diviserons notre travail en sept chapitres.

Dans le premier chapitre nous nous occuperons de l'historique de la question.

Le second chapitre sera consacré aux causes et au mécanisme des enfoncements. Dans ce chapitre nous parlerons du mécanisme de l'accouchement spontané dans les trois formes les plus fréquentes du bassin rétréci : bassin généralement et régulièrement rétréci, bassin simplement aplati, bassin généralement rétréci et aplati. Puis nous étudierons l'accouchement artificiel par le forceps ou par la version.

Le troisième chapitre comprendra l'anatomie pathologique. Dans ce chapitre, nous nous occuperons des lésions du cuir chevelu, de l'aplatissement simple des os de la voûte du crâne et enfin des enfoncements en forme de gouttière ou

en forme de cuillère. Nous parlerons aussi, quoique sommairement, des lésions du cerveau et de ses enveloppes.

Le quatrième chapitre comprendra les symptômes locaux et généraux.

Le cinquième, le diagnostic.

Le sixième, le pronostic.

Le septième, le traitement.

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, nous sommes très heureux de témoigner publiquement nos meilleurs remerciements à tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, pour l'affabilité et la bienveillance avec lesquelles ils nous ont prodigué leurs conseils éclairés et nous ont fait part de leur profond savoir.

A M. le docteur Brun, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital des Enfants Malades, au maître bon et affectueux qu'il a été pour nous, nous adressons nos meilleurs remerciements pour les solides leçons en chirurgie infantile qu'il nous a donné, pendant notre année d'externat.

Nous prions aussi M. le docteur Lacombe, médecin de l'hôpital Bichat, d'accepter nos sentiments de vive gratitude pour les enseignements cliniques qu'il nous a prodigué au cours de l'année d'externat que nous avons passé dans son service.

Nous ne saurions pas manquer d'adresser nos bien sincères remerciements à M. le docteur Tissier, accoucheur des hôpitaux, pour sa bienveillance jamais démentie à notre égard.

Il nous est particulièrement doux de remercier M. le docteur Bar, professeur agrégé, accoucheur de la maternité de Saint-Antoine qui, après avoir bien voulu nous recevoir comme externe dans son service, où il nous a initié aux difficultés de l'art des accouchements n'a cessé depuis lors de

nous prodiguer les plus précieux conseils. M. Bar a été pour nous plus qu'un maître; ce sera le meilleur souvenir de nos études médicales de nous rappeler que nous avons été son élève, et nos efforts tendront toujours à conserver, dans notre pratique, la méthode qu'il nous a enseigné.

Nous prions M. le professeur Budin de croire à notre vive reconnaissance pour l'honneur qu'il a daigné nous faire, en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.



HISTORIQUE

Suivant quelques auteurs, Ambroise Paré (1) aurait étudié les enfoncements et les fractures du crâne pendant l'accouchement. Dans les passages sur lesquels s'appuient ces auteurs, il n'est question que de contusion, et on ne trouve nulle part le mot d'accouchement. En outre dans le chapitre du traitement, relatif à l'alimentation du petit blessé, il est question d'aliments solides. Il est très vraisemblable que le grand chirurgien du XVI^e siècle a voulu parler des enfoncements et fractures chez les enfants en bas âge.

Dans la seconde moitié du XVII^e siècle, Mauriceau (2) cite parmi les effets de pression du bassin rétréci un cas où le cuir chevelu était atteint par place de gangrène (Obs. 609); chez la même femme, dans un accouchement ultérieur, il a observé un fort aplatissement du crâne; et enfin dans un autre cas (Obs. 77), il note un enfoncement assez considérable de toute la partie supérieure du pariétal droit « semblable à l'enfonceure des pots d'estain » à la suite de l'extraction par les pieds.

(1) Œuvres complètes d'Ambroise Paré, 1890, t. II, p. 12, 35 et 295.

(2) Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées. 1694.

Dans la première moitié du XVIII^e siècle, Deventer (1) reconnut exactement les deux formes du bassin rétréci : bassin généralement rétréci et le bassin aplati. Il fait la remarque que, dans ces deux formes de bassin rétréci : l'accouchement est toujours difficile, la tête de l'enfant poussée à travers un tel bassin prend une forme très allongée et présente des meurtrissures. Il proscriit expressément l'emploi de remèdes provoquant des douleurs violentes, car une poussée subite et violente de la tête dans le bassin pouvait donner lieu à une lésion funeste à cette dernière.

Smellie (2) connaissait bien la déformation que subit la tête dans son passage à travers un bassin rétréci. Il a observé dans deux cas une profonde dépression du crâne au-dessus de l'oreille. Dans le premier cas, la lésion était unilatérale, dans le second bilatérale. Il avait observé, en outre, que ces lésions provoquaient facilement des convulsions, qu'il traitait par la saignée du cordon ; si celui-ci ne donnait plus de sang, il faisait une saignée à la veine jugulaire.

Baudelocque (3) a signalé, dans plusieurs chapitres de son « Traité des accouchements, » les enfoncements du crâne. Au chapitre des secours qu'on doit donner aux enfants qui naissent dans un état « morbifique » il dit : « A la suite des accouchements naturels qui ont été difficiles et longs, soit à cause du peu de largeur des détroits du bassin, ou de la résistance des parties molles, le crâne se trouve plus allongé ou bien il a éprouvé d'autres changements qui le font paraître difforme ; les os sont déprimés dans certains

(1) Observations importantes sur le manuel des accouchements. Traduction de Bruhier d'Ablaincourt. Paris, 1733.

(2) Traité de la théorie et de la pratique des accouchements. Traduction de Préville. Paris, 1777.

(3) L'art des accouchements, 1789.

endroits où ils sont fracturés et il y a enfoncement des pièces, ce qui demande de nouveaux secours. »

Dans le chapitre du Forceps, après avoir décrit la déformation générale qui n'a aucune influence fâcheuse pour la vie de l'enfant, il dit : « Loin que tous les enfants qui ont à traverser un bassin dont le petit diamètre est au-dessous de trois pouces d'étendue jouissent du même bonheur que ceux dont nous venons de parler, la plupart périssent avant de naître.

Dans le nombre de ceux soumis à l'examen anatomique, les uns avaient des fractures aux os du crâne avec enfoncement des pièces fracturées; chez d'autres, ces mêmes os étaient déprimés profondément sans fracture et, dans tous, le péricrâne et la dure-mère étaient détachés des pariétaux « aux environs des sutures. »

Joerg admet la possibilité des enfoncements crâniens dans l'accouchement naturel, qu'il attribue à la force des contractions utérines.

Osiander (1), dans son traité d'accouchement, parle d'un jeune médecin qui était venu au monde par le forceps et qui avait conservé des traces profondes de cet instrument au front et à l'occiput, sans avoir aucune gêne dans l'exercice des fonctions cérébrales.

En 1840, Dugès (2) signale les enfoncements crâniens pendant l'accouchement. Il les attribue au développement incomplet des os.

En 1833, Danyau (3) a fait paraître, dans le journal de Chirurgie pratique, un travail très important sur les fractures et les enfoncements des os du crâne à la suite des accouchements spontanés, et il donne plusieurs observations.

(1) Traité d'accouchement, t. II, p. 196.

(2) Manuel d'obstétrique. Paris, 1840.

(3) Journal de Malgaigne. 1843.

En 1853, Pajot, dans sa thèse d'agrégation, explique le mécanisme par lequel les enfoncements se produisent, et il ajoute qu'elles sont presque constamment le résultat de l'action utérine et bien plus rarement de l'extraction.

Tarnier (1), dans sa thèse d'agrégation, dit que l'accouchement spontané est possible dans un bassin qui ne mesure pas plus de 9 centimètres $1/2$, mais le plus souvent l'accouchement se fait au prix d'une compression violente de la tête et d'un enfoncement des parois du crâne.

Michaëlis (2), en 1851, a publié un travail sur les enfoncements et les fractures du crâne pendant l'accouchement. Il a étudié les différentes formes de l'enfoncement, en gouttière, en cuillère, leur fréquence et le mécanisme par lequel ils se produisent.

Quelques années plus tard, Litzmann (3) a complété le travail de Michaëlis en rapportant plusieurs faits nouveaux et observations.

M. Budin, en 1876, a étudié dans sa thèse les modifications de la tête pendant et après l'accouchement au point de vue de ses diamètres, et le mécanisme du passage de la tête d'un enfant à terme, dans un bassin rétréci.

Il faut citer encore plusieurs auteurs qui se sont occupés de cette question tels que : Tapret (4), Boissard (5), Mirbeck (6), Secheyron (7), Smith (8), Barnes (9), Charpentier.

(1) Thèse d'agrégation. Paris, 1860.

(2) Das enge Beken, Leipzig, 1851.

(3) Accouchement dans les rétrécissements du bassin. Traduction Thomasset, 1880. Lyon.

(4) Journal de médecine et de chirurgie pratique, 1877.

(5) Notes et observations cliniques, Paris, 1892.

(6) Thèse de Strashbourg, 1863.

(7) Thèse de Panzini. Toulouse, 1894.

(8) American journal of obstetric, mai 1893.

(9) Traité d'obstétrique. Traduction Cordes.

ÉTIOLOGIE

Dans ce chapitre, nous avons à étudier les causes et le mécanisme des aplatissements simples et des enfoncements des os du crâne pendant l'accouchement naturel ou artificiel. Ces causes sont très nombreuses et très variées. On peut les rattacher à la mère, à l'enfant ou aux manœuvres d'extraction, celles-ci agissant d'une façon directe ou indirecte.

Les causes dépendant de la mère sont, d'un côté, l'utérus, considéré comme agent actif; de l'autre, le bassin qui constitue le passage que le fœtus doit franchir.

La forme de l'utérus, son obliquité, l'énergie de ses contractions, aidées, à la période d'expulsion, par la contraction des muscles de la paroi abdominale, prennent certainement une part dans la production de ces lésions. Mais ce sont surtout les rétrécissements du bassin qui sont, en général les causes principales de l'enfoncement crânien, d'autant plus que l'utérus, lui-même, dans sa situation, dans sa forme, dans le caractère de ses contractions, est soumis en partie à l'influence du bassin rétréci. Car l'impossibilité de la tête de s'engager dans le bassin rétréci est la cause de la situation plus élevée de l'utérus dans la cavité abdominale. Par suite de cette situation, il devient plus mobile, et pour

si peu que la paroi abdominale soit moins résistante, l'utérus tendra à se pencher en avant d'où la forme « ventre en besace. » Suivant Michaëlis les contractions utérines, lorsque le bassin est rétréci, sont irrégulières. Au début de l'accouchement, elles sont très énergiques, mais si la résistance persiste, on les voit s'épuiser rapidement. Michaëlis attribue la violence des contractions au degré d'irritation de l'utérus comprimé entre la tête du fœtus et le bassin. Cette opinion sur l'origine des contractions utérines n'est pas acceptée par tous les auteurs.

Les rétrécissements du bassin sont souvent la cause de la rupture des membranes avant la dilatation complète du col, à l'écoulement prématuré du liquide amniotique et alors les contractions utérines exercent leur action directement sur le fœtus plus longtemps.

« La dépression, dit Pajot (1), à la vérité, est presque constamment le résultat de l'action utérine, et plus rarement celui des manœuvres; mais ces enfoncements du crâne survenant presque exclusivement chez les enfants obligés de traverser un bassin trop étroit, il faut très communément intervenir par le forceps ou par la traction sur les membres selon la présentation.

Quant au mécanisme de la lésion il est simple; le raisonnement explique le fait. Dans un bassin rétréci et même dans un bassin normal, la tête étant volumineuse, si les contractions sont énergiques et se continuent plusieurs heures ou plusieurs jours, on conçoit que le crâne appuyé sur l'angle sacro-vertébral (c'est l'obstacle le plus commun mais non absolument le seul), on conçoit, dis-je, que la partie en contact avec l'obstacle se moule peu à peu sur lui, comme la tête se moulera elle-même dans son ensemble, sur

(1) Thèse d'agrégation, 1853, Paris.

la forme du canal ; bientôt un commencement de dépression s'effectuera et la lésion ira en augmentant pendant chaque contraction, jusqu'à ce que l'étendue du crâne dans ce point ait acquis les dimensions nécessaires pour que la descente devienne possible. »

Que le promontoire soit dans la majorité des cas la seule cause de ces lésions, cela est facile à comprendre, et tous les auteurs sont d'accord sur ce point, mais il est nécessaire d'entrer dans quelques explications, pour savoir pourquoi ces lésions ont un siège différent, suivant qu'elles sont dues au promontoire ou aux autres parties du bassin.

C'est pour cette raison que nous allons étudier le mécanisme de l'accouchement dans quelques formes, les plus fréquentes, du bassin rétréci.

Bassin généralement et régulièrement rétréci. — Cette forme de bassin rétréci n'a pas, en général, une grande importance au point de vue pratique, parce que c'est la forme la plus rare, et puis il est exceptionnel que le rétrécissement soit très marqué. Suivant Litzmann, on trouve un très petit nombre de bassins où le conjugué vrai est inférieur à 9,5 centimètres ; il l'a trouvé une seule fois au-dessous de 9 centimètres. Si le diamètre conjugué mesure moins de 8 centimètres, Litzmann considère le bassin comme aplati et généralement rétréci. M. Charpentier a observé, chez une femme qui s'était présentée à la Clinique, un bassin *justo-minor*, dont le diamètre conjugué était de 7,5 centimètres.

Dans cette forme de bassin, l'engagement de la tête et l'accouchement peuvent se faire comme dans un bassin normal, à la condition qu'il n'existe pas une grande disproportion entre le volume de la tête et l'excavation. Toutefois cela est rare, et le plus souvent la tête s'engage suivant un

mécanisme particulier qui a été étudié pour la première fois par Mampe (1821).

Michaëlis, le premier, posa comme règle, pour les présentations par le sommet, dans cette forme du bassin rétréci : « la présentation de l'occiput en avant et une certaine indétermination ou instabilité dans la direction du diamètre sagittal ou plutôt sous-occipito-frontal par rapport aux diamètres de l'entrée du bassin. » Litzmann est d'accord avec Michaëlis sur ce mécanisme de l'engagement de la tête, car il dit : « Vous trouvez la suture sagittale courant tantôt, comme d'ordinaire, dans le diamètre transverse, tantôt et peut-être plus souvent encore, dans l'un des diamètres obliques, ou oscillant entre les deux directions ; j'ai même observé trois fois la pénétration de la tête dans le bassin avec l'occiput profondément abaissé et la suture sagittale correspondant presque exactement à la ligne du conjugué. » Stein, le jeune, donne comme caractéristique, pour le bassin généralement rétréci, la position transversale de la tête dans la cavité pelvienne, mais il n'admet pas la rotation de l'occiput en avant. Litzmann ne partage pas les idées de Stein le jeune, pour lui « c'est justement cette forme du bassin, qui permet en cas de l'abaissement de l'occiput, l'engagement de la tête avec son diamètre sagittal dans la direction du conjugué, permet aussi, dans les mêmes conditions, avec une position initiale transversale ou oblique, à la rotation dans la cavité pelvienne de se faire plus tôt et plus complètement, de telle sorte que la suture sagittale court parfois déjà dans le diamètre droit, tandis que le front est encore au-dessus du détroit supérieur ». Avec ces données sur le mécanisme de l'accouchement par le sommet, dans le bassin généralement et régulièrement rétréci, il est facile de voir que lorsque la tête se présente en transversale ou oblique au

détroit supérieur, les lésions causées par la pression du promontoire, siègent sur sa partie postérieure, tantôt plus près de la suture fronto-pariétale, tantôt plus loin de celle-ci et plus près de la sagittale et le plus souvent sur la région de la bosse pariétale, cela est en rapport avec la rapidité de la rotation et le degré de l'abaissement de l'occiput pendant l'engagement de la tête dans l'excavation.

Si la tête se présente au détroit supérieur, de telle sorte que l'occiput soit fortement abaissé et que le diamètre sous-occipito-frontal corresponde au diamètre conjugué, dans ce cas, ce n'est pas le pariétal qui subit la pression du promontoire, mais bien le frontal situé en arrière. Les bords latéraux du détroit supérieur, dans cette forme de bassins rétrécis, peuvent être la cause de ces lésions et alors elles siègent au-dessus de la bosse de l'un ou des deux frontaux, le plus souvent, d'après Litzmann, sur le frontal antérieur, parallèlement à la suture coronale ou au bord orbitaire supérieur.

Dans certains cas rares, pour le bassin généralement rétréci, la tête peut s'engager, suivant cette forme de présentation que Litzmann appelle présentation pariétale postérieure, dans ce cas la suture sagittale est plus près de la paroi antérieure du bassin. A mesure que le travail s'avance, le pariétal antérieur glisse peu à peu derrière la symphyse pubienne, le pariétal postérieur remonte au-delà du promontoire jusqu'au moment où les deux pariétaux ont dans le bassin le même niveau. Par ce mécanisme il se produit parfois une dépression du pariétal antérieur par la pression du bord supérieur du pubis.

Bassin simplement aplati. — Rachitique ou pas rachitique. — C'est la forme la plus fréquente. Elle présente au point de vue pratique le plus grand intérêt. Le mécanisme

par lequel la tête s'engage dans le bassin simplement aplati a été déjà noté par Smellie. Il a donné, comme caractéristique pour cette forme de bassins rétrécis, le placement de la tête par son diamètre sagittal dans son diamètre transverse du bassin et la persistance de cette position pendant son passage dans l'excavation. Røederer, Stein, Osiander, ont décrit ce même mécanisme. De plus, Osiander signale l'abaissement de la grande fontanelle, mais c'est surtout Michaëlis et Litzmann qui ont insisté sur l'ensemble des particularités de ce mécanisme. D'après ces auteurs, l'engagement de la tête avec son diamètre sagittal dans le diamètre transverse du détroit supérieur et la persistance de cette position sont de règle, et ordinairement la rotation ne commence que lorsque le crâne a franchi par les deux pariétaux le détroit supérieur et que l'occiput est ainsi avancé. Dans plus de la moitié des cas, suivant Litzmann, en même temps que la tête s'engage en transverse au détroit supérieur, il se produit un autre phénomène qui consiste en abaissement de la fontanelle antérieure, devenant accessible au toucher, pendant que la petite fontanelle remonte. L'engagement de la tête en oblique au détroit supérieur est possible dans une seule condition ; si elle est peu volumineuse ou si le rétrécissement du bassin est minime.

Par ce mécanisme d'engagement de la tête dans le bassin simplement aplati, on conçoit facilement que la pression du promontoire s'exerce le plus souvent sur le pariétal postérieur, entre la bosse et la grande fontanelle au voisinage de la suture sagittale. Si toutefois l'occiput s'abaisse et tourne plus tôt, dans ce cas c'est le frontal situé en arrière qui subit la pression du promontoire.

Si l'engagement simultané des deux pariétaux est de

règle, pour ainsi dire, dans le bassin généralement et régulièrement rétréci, pour le bassin aplati ce mode d'engagement est bien rare, mais ce qu'on trouve ordinairement, c'est qu'un des pariétaux s'engage plus rapidement que l'autre. Pour un grand nombre d'auteurs, c'est le pariétal antérieur qui s'engage le premier le plus souvent et bien plus rarement le pariétal postérieur. Dans le premier cas, c'est la présentation pariétale antérieure de Litzmann. L'engagement de la tête se fait de la façon suivante : le pariétal antérieur, étant profondément engagé, se trouve fixé de son bord squammeux par le bord supérieur de la symphyse pubienne ; le pariétal postérieur placé au niveau du promontoire subit sa pression, se déprime, s'aplatit et descend. La suture sagittale, qui était au début très près de la paroi postérieure du bassin, s'avance peu à peu vers son centre, en même temps que la tête subit un mouvement de rotation par lequel elle tend à se fléchir. Dans le second cas (présentation pariétale postérieure), c'est le pariétal postérieur qui s'engage le premier, et c'est le pariétal antérieur qui glisse derrière la symphyse. Que la tête s'engage par son pariétal antérieur ou par son pariétal postérieur, c'est presque toujours ce dernier qui subit la pression du promontoire et le plus souvent au niveau de son angle antéro-inférieur.

Dans certains cas de présentation pariétale antérieure, au début de l'accouchement où le pariétal antérieur s'étant présenté de telle façon que la suture sagittale se trouve au-dessus du promontoire, il peut exister quelquefois, outre la dépression du pariétal postérieur, un enfoncement du pariétal antérieur causé par le promontoire, siégeant tout près de la suture sagittale.

On trouve parfois, mais cela est presque exceptionnel, une dépression du pariétal antérieur au niveau de son bord

squammeux due à la pression du bord supérieur de la symphyse. Suivant Litzmann, cette lésion est plus fréquente dans les présentations pariétales postérieures.

Bassin généralement rétréci et aplati. — L'engagement de la tête dans cette forme de bassin rétréci se fait le plus souvent par le même mécanisme que dans le bassin simplement aplati. Comme dans ce dernier, la tête s'engage par son diamètre sagittal dans le diamètre transverse du bassin, d'après Michaëlis, l'entrée définitive de la tête dans le bassin se fait presque toujours avec l'occiput en bas; du reste, c'est la position la plus favorable. L'engagement de la tête en oblique au détroit supérieur, n'est guère possible que si la tête est très petite, flexible ou lorsque le diamètre promonto-pubien est très peu diminué et que l'aplatissement soit minime, en un mot si le bassin se rapproche de la forme du bassin régulièrement et généralement rétréci.

La présentation pariétale antérieure ou postérieure dans cette forme de bassin rétréci est, en général, rare. Litzmann a observé, dans quelques cas, l'engagement de la tête par le mécanisme suivant : le pariétal postérieur fixé sur le promontoire au voisinage de la grande fontanelle et en même temps que la descente de l'occiput, il y a, autour de ce point, une rotation en avant. Suivant Michaëlis et Litzmann, les marques de pression du promontoire siègent généralement sur le pariétal postérieur, le plus souvent dans la région de la bosse même, rarement entre celle-ci et la fontanelle antérieure; parfois on trouve un enfoncement causé de la pression du promontoire, sur le pariétal postérieur, entre la bosse et la suture squammeuse.

Le pariétal antérieur est rarement déprimé; quand la dépression existe, elle est due à la pression du bord supérieur de la symphyse. Dans quelques cas où la tête a pu

s'engager suivant le diamètre oblique du détroit supérieur, le frontal, surtout celui qui est situé en arrière, peut être le siège de l'enfoncement.

Ce n'est pas toujours au détroit supérieur que la tête fœtale subit ces lésions. En traversant l'excavation, elle peut trouver des obstacles capables de les déterminer.

La présence d'une tumeur solide, d'une exostose dans l'excavation ont été la cause de ces lésions.

Les épines sciatiques, les branches ichio-pubicennes, très saillantes du côté de l'excavation, dans certaines formes de bassins viciés (chez les cyphotiques, bassin en entonnoir), peuvent léser la tête à son passage.

Causes dépendant de l'enfant

Le volume de la tête, comme son degré d'ossification, ont certainement une influence sur la production des enfoncements. Suivant Michaëlis, une des conditions, qui favorisent la production des enfoncements en forme de cuiller, est la dureté des os de la tête. Litzmann n'est pas de cet avis; pour lui, c'est le contraire. Dans presque la moitié des cas, où ces enfoncements se sont produits, les enfants étaient nés avant terme. Dans d'autres cas, c'est au développement incomplet des os du crâne qu'on a attribué la plus grande fréquence de ces lésions. Danyau est un des premiers qui a signalé cet état particulier des os. Les pariétaux, dit-il, les seuls os du crâne sur lesquels j'ai observé cette disposition, offrent parfois des places arrondies, ovalaires ou irrégulières au niveau desquelles le tissu osseux est réduit à une couche très mince, cette couche dans laquelle on ne reconnaît pas des fibres rayonnées ne peut être mieux comparée qu'à une mousseline légère à mailles excessivement fines. » Si le trop grand volume de la tête est une cause fréquente de ces

lésions, parfois une tête trop petite favorise, dans les présentations du sommet, la procidence d'un membre qui peut bien être la cause de l'enfoncement (observation de Siebold).

Il est bien rare dans la grossesse gémellaire que les deux têtes s'engagent simultanément dans l'excavation et produisent par ce mécanisme l'enfoncement.

Causes dépendant des manœuvres d'extraction

Forceps. — Dans la majorité des cas, le forceps agit d'une façon indirecte, pour la production des enfoncements crâniens. C'est, en général, l'avis de tous les auteurs. « Le danger de l'opération pour l'enfant, dit Litzmann, n'est dû qu'à la pression subie par le crâne pendant l'extraction de la part des parois du bassin. Car la pression du forceps lui-même, s'il est appliqué d'une manière conforme aux circonstances présentées, ne fait aucun mal à l'enfant. Il s'agit donc, ici aussi, du degré et de l'étendue des difficultés mécaniques. En particulier, par la pression du promontoire, le crâne peut subir pendant l'extraction des lésions considérables, même mortelles, telles qu'une inflexion ou rupture du pariétal, plus rarement du frontal, l'ouverture du sinus longitudinal, etc. Mais parfois ces lésions sont déjà produites avant le début de l'opération, ou du moins préparées; on les observe aussi dans les cas où la délivrance n'a pas été bien difficile. »

En effet, il est des cas d'application de forceps dans un bassin rétréci, où les cuillers se sont maintenues en bonne position par rapport de la tête, et sans avoir glissées si peu que cela soit, on trouve après l'extraction de la tête des lésions qui ne correspondent nullement aux places occupées par les cuillers du forceps. Dans ces cas il est impos-

sible d'accuser le forceps d'avoir été la cause directe de la lésion.

Lorsque la tête est mobile au détroit supérieur, l'application du forceps est très difficile, la saisie de la tête se fait moins bien, et si par crainte que le forceps ne glisse, on serre fortement les manches, dans ce cas les branches du forceps peuvent déterminer par la compression directe des enfoncements au niveau de leurs prises.

La variété de l'application du forceps au détroit supérieur a une grande influence sur la fréquence de ces lésions. « Dans l'application antéro-postérieure, dit M. le professeur Budin, on transforme la branche antérieure du forceps en un levier dangereux; la puissance est au niveau du tracteur, le point d'appui derrière la symphyse et la résistance sur la tête fœtale; ainsi sont expliqués les enfoncements du crâne relatés dans un certain nombre d'observations, l'enfoncement produit par la cuiller antérieure. » Dans les accouchements artificiels par le forceps, il n'est pas toujours nécessaire un rétrécissement du bassin pour que ces lésions se produisent; il suffit quelquefois, que pendant l'articulation ou la traction, la tête soit poussée dans une position défavorable par rapport du bassin, pour que l'enfoncement ait lieu.

Version. — Dans les accouchements artificiels par la version, c'est encore le promontoire qui joue le rôle principal sur la production des enfoncements, c'est lui presque toujours, qui est la cause directe. La force déployée par l'accoucheur pendant la traction sur les membres inférieurs de l'enfant, aidée parfois d'une pression, à travers la paroi abdominale de la mère, sur son front, ayant pour but de fléchir et engager la tête dans l'excavation, sont des causes indirectes. D'après les expériences de M. Champetier de

Ribes, lorsque la force déployée restait au-dessous de 35 kilog. pour le fœtus à terme, le pariétal était plus ou moins enfoncé, mais non fracturé. Suivant le même auteur, le pariétal d'un enfant né avant terme cède à une force de traction bien moins forte. L'enfoncement siège le plus souvent sur le pariétal postérieur, entre l'oreille et la bosse (Michaelis); on peut le trouver aussi sur le frontal situé en arrière, c'est presque toujours lorsque l'occiput fait un mouvement de rotation en avant. Le pariétal antérieur est très rarement siège de l'enfoncement, et dans ce cas, celui-ci est produit par la pression du bord supérieur de la symphyse.

Anatomie pathologique

La tête du fœtus en franchissant les rétrécissements du bassin, soit spontanément, soit artificiellement, à l'aide du forceps ou la version, subit dans certains cas des lésions particulières, propres, pour ainsi dire, à cette région, qui peuvent avoir une influence plus ou moins grave pour la vie de l'enfant.

Nous n'avons pas à nous occuper de la déformation que la tête fœtale prend dans les accouchements normaux, spéciale pour chaque présentation.

Nous ferons de même pour les bosses séro-sanguines et les chevauchements des os du crâne (chevauchement des deux pariétaux l'un sur l'autre, de l'enfoncement du frontal d'un côté et l'occipital de l'autre sous les pariétaux), modifications, bien étudiées par Michaelis, Schröder, Litzmann et Budin, qui sont des moyens de grande importance, dont se sert la nature pour diminuer, pendant l'accouchement, la disproportion mécanique existante entre la tête et le bassin et permettent ainsi au crâne à s'adapter aux dimensions et à la forme de l'excavation pelvienne.

Les lésions dont nous nous occuperons sont très nombreuses et très variables. Elles sont dues presque toujours à la pression des parois du bassin sur la tête du fœtus, le plus souvent elles résultent directement de la pression du promontoire, rarement du bord supérieur du pubis, ou les bords latéraux du détroit supérieur; exceptionnellement elles sont dues à la pression des saillies situées au-dessous du détroit supérieur, dans l'excavation même, telles que les épines sciatiques, les branches ischio-pubiennes, le coccyx, ou dans certains cas de tumeurs osseuses du bassin. Elles ont un siège spécial, et c'est surtout sur les pariétaux qu'on les rencontre, tout particulièrement sur le pariétal postérieur, ensuite sur les frontaux, et bien plus rarement sur l'occiput ou les temporaux.

Lorsque ces lésions sont superficielles elles ont la forme de taches rosées, rondes, ovalaires, ou en forme de bande de quelques millimètres de largeur; généralement, elles ne sont pas accompagnées de gonflement considérable, ni du cuir chevelu, ni du tissu cellulaire sous-cutané, alors elles disparaissent très rapidement, ne persistent guère plus de quarante-huit heures. Si la pression a été un peu plus forte et surtout si la tête est restée un peu plus longtemps à la même place, la lésion, dans ce cas, est plus accentuée, la peau prend une mauvaise coloration bleuâtre, parfois on voit de petites excoriations superficielles, le cuir chevelu est aminci, plus ou moins déprimé, quelquefois même complètement mortifié. C'est à cette forme de modification du cuir chevelu que M. le professeur Stoltz, de Strasbourg, a donné le nom d'« état parcheminé des téguments. »

Si on pratique une incision sur cette partie du cuir chevelu, on trouve, suivant Litzmann. Le « tissu connectif sous-jacent et l'os lui-même généralement pâle, avec des capil-

lares comprimées et vides, et la place comprimée entourée d'un anneau bleu rougeâtre intense dû en partie à l'injection des capillaires, en partie à une extravasation sanguine. »

Dans des circonstances défavorables, ces lésions qui sont, en général, très bénignes, peuvent s'infecter et devenir l'origine d'une infection grave, qui peut même avoir une issue fatale.

Toutes ces lésions du cuir chevelu, qui, en général, n'ont qu'une minime importance pathologique, sont, par contre, d'une très grande valeur, pour le diagnostic du mécanisme de l'accouchement.

L'écrasement considérable du cuir chevelu, n'est pas nécessairement dû à un haut degré de rétrécissement du bassin, ni à des contractions utérines très énergiques, c'est plutôt à une durée prolongée de la pression, tel est l'avis de tous les auteurs.

À côté de ces lésions superficielles, on peut en trouver d'autres qui ont, elles, pour siège les os du crâne et qui se présentent sous forme d'aplatissement simple, d'inflexion ou d'enfoncement.

L'aplatissement est la forme la plus fréquente et la plus bénigne ; on l'observe de préférence sur cette partie de la tête fœtale qui a subi la pression du promontoire d'où s'explique la plus grande fréquence d'aplatissement du pariétal postérieur ; parfois, il siège en même temps sur le pariétal et le frontal placé en arrière ; il est bien rare qu'on trouve l'aplatissement du pariétal antérieur dû à la pression du bord supérieur du pubis.

L'aplatissement des deux pariétaux est tout à fait rare.

Généralement, l'os atteint est aplati dans sa totalité, déprimé par rapport aux os voisins et poussé, si l'aplatisse-

ment est unilatéral, vers le côté opposé. Dans certains cas, une seule partie de l'os est aplatie.

L'aplatissement s'accompagne très souvent de petites solutions de continuité, de petites fissures, qui, d'après certains auteurs siègent de préférence sur la face interne du pariétal, plus rarement sur le frontal, et qui vont de la périphérie à la bosse.

En même temps que l'aplatissement, on voit assez souvent, suivant Litzmann, « une plus grande courbure de l'os sur le côté du crâne, opposé à l'aplatissement et qui est entré librement dans le bassin, par suite, généralement sur le pariétal tourné vers la paroi antérieure du bassin, plus rarement vers la paroi postérieure, exceptionnellement sur le frontal. Le plus souvent le pariétal tout entier est uniformément recourbé à partir du bord sagittal et du bord scammeux, plus rarement la flexion est limitée à une bande plus ou moins large le long de la suture sagittale. Presque jamais cet accroissement de courbure n'a lieu sans un applatissement du côté opposé du crâne, tandis que l'inverse se produit fréquemment. »

Une autre modification bien moins fréquente, c'est celle désignée par Michaëlis, « en forme de gouttière d'un os du crâne ». Michaëlis ne l'a observé qu'en deux endroits, le plus souvent le long de la suture coronale du pariétal postérieur causée par la compression du promontoire; bien plus rarement le long de la suture scammeuse de la partie crânienne qui se trouve en rapport avec le bord supérieur du pubis, par la pression duquel elle est produite. La gouttière descend plus ou moins bas, mais toujours parallèlement à la suture. Quelquefois la dépression siège sur la dépression même et alors les bords sont enfoncés en dedans. Litzmann a observé, lui aussi, cette forme d'enfoncement en gouttière,

de préférence aux endroits signalés par Michaëls, jamais cependant sur la suture même, mais toujours seulement sur le bord coronal du pariétal. Il a observé, en outre, dans quelques cas, un enfoncement en forme de gouttière le long du bord coronal du pariétal antérieur, qui paraissait être produit par la pression du bord latéral du détroit supérieur d'un bassin généralement rétréci. La dépression en gouttière le long du bord sagittal du pariétal est très rare, elle est due à la pression du promontoire.

La dernière modification de forme des os du crâne, désignée par Michaëlis, sous le nom « empreinte en forme de cuillère », et par Pajot, — en forme de godet, est la plus rare. Elle est produite le plus souvent par la pression du promontoire (surtout dans le cas où le promontoire fait une saillie très angulaire dans l'excavation). Les branches du forceps, dans les accouchements sont rarement la cause de cette lésion.

Dans les présentations du sommet, l'enfoncement siège ordinairement sur le pariétal postérieur, où il occupe presque toujours la partie située entre la grande fontanelle et la bosse. Le frontal postérieur est plus rarement le siège de cette dépression.

Suivant Michaëlis, lorsque la tête se dégage la dernière, l'enfoncement siège sur le pariétal postérieur entre la bosse et l'oreille. Toutefois, il y a des cas où on trouve ce dernier lieu d'élection de l'enfoncement dans des présentations du sommet.

Les dimensions de cette forme d'enfoncement sont variables. Suivant Litzmann, ils ont de 2^{cm} 5 à 4 centimètres de longueur et de 0^{cm} 5 à 1 centimètre de profondeur. Paul Dubois avait observé des cas d'enfoncements où on aurait pu facilement cacher le bout du pouce.

Ordinairement ces enfoncements ont une forme triangulaire dont le sommet se trouve au niveau de la bosse où l'enfoncement est plus profond et de là il va en s'effaçant vers les bords de l'os. Le cuir chevelu, à l'endroit de l'enfoncement, peut ne présenter aucune altération visible. Dans d'autres cas, la peau est plus ou moins rouge; en outre, il peut y avoir un épanchement sanguin, entre la peau et l'enfoncement, qui masque en partie sa profondeur.

A l'autopsie, on trouve souvent le péricrâne, ainsi que la dure-mère décollés de l'os par un épanchement sanguin. A côté de ces épanchements, on trouve souvent d'autres plus abondants à la base du cerveau, sur sa convexité ou dans les ventricules. La face convexe du cerveau est aplatie, dans certains cas, par la pression directe de la partie ou de la totalité de l'os déprimé.



SYMPTOMATOLOGIE

Les enfoncements craniens se traduisent par des signes locaux et par des signes généraux.

Signes locaux. — Dans le chapitre de l'anatomie pathologique nous avons donné la description de ces lésions. Nous avons vu qu'elles sont très nombreuses et très variées, les unes sont localisées au cuir chevelu sous forme de taches rosées, ovalaires ou en bandes de quelques millimètres de largeur, dans quelques cas le tégument est plus ou moins mortifié. Les autres ont leur siège sur les os du crâne même; elles se présentent en forme d'aplatissements simples, d'autre fois on trouve un véritable enfoncement, en gouttière, en cuiller ou godet. Ces lésions sont, en général, très faciles à reconnaître, sauf peut être dans certains cas où un épanchement sanguin se produit, immédiatement ou peu de temps après l'accouchement, dans le tissu cellulaire sous-cutané, au niveau de l'enfoncement; celui-ci est alors masqué en partie.

Signes généraux. — Un grand nombre des enfants naissent en état de mort apparente. Ils sont cyanosés, quelquefois profondément asphyxiés, ne respirent pas, les battements du cœur sont ralentis, à peine perceptibles. Avec des soins plus ou moins prolongés, on parvient fréquemment à les

ranimer. Souvent ils naissent seulement étonnés et la respiration s'établit en très peu de temps. D'autres fois enfin, ils respirent et crient aussitôt après l'expulsion ou l'extraction.

La compression du cerveau par l'enfoncement des os du crâne se manifeste, quelquefois par des troubles de la respiration, de la mobilité : parésie ou de la paralysie vraie.

Les troubles de la sensibilité étant très difficiles à analyser chez l'enfant, sont très peu connus.

Sur les causes des troubles de la motilité, tous les auteurs ne sont pas d'accord. Les anciens accoucheurs attribuaient toute paralysie faciale à la compression du cerveau par le forceps. C'était la seule cause admise par tous, jusqu'au jour où Paul Dubois a démontré que la paralysie faciale était due, non à la compression du cerveau par le forceps, mais bien à la compression du nerf facial à sa sortie du trou stylo-mastoïdien ou au-dessous de l'oreille dans la région parotidienne. Après les observations de Paul Dubois et la thèse de Landouzy une réaction complète se fit et on n'admit plus que la paralysie faciale d'origine périphérique.

En 1853, Pajot, dans sa thèse d'agrégation, en parlant des causes de la paralysie faciale, fait la restriction suivante : « Personne n'attribuera plus l'hémiplégie faciale des nouveau-nés à la compression du cerveau, au moins dans la majorité des cas, car il ne serait pas impossible que la paralysie ne reconnut cette cause dans quelques cas. » En effet, plusieurs observations plaident en faveur de cette restriction.

Dans l'observation de M. Budin (Obs. X), consignée dans la thèse de Roullant, la paralysie est limitée au facial inférieur, l'orbiculaire des paupières a conservé son fonctionnement ; la langue n'est pas déviée. Cette paralysie, dit Roullant, est sans nul doute d'origine corticale, l'intégrité de l'orbiculaire de la paupière et la paralysie des autres muscles innervés par

le facial, le prouvent suffisamment, et l'enfoncement du pariétal du côté opposé de la paralysie, tend à le démontrer. Roullant explique cette paralysie limitée seulement à la face après un traumatisme et un aplatissement aussi considérable, par le fait du développement cérébral chez le fœtus et il dit : « S'il est vrai, comme le dit Parrot, que le développement des conducteurs nerveux est parallèle à celui du centre correspondant, il est aisé de comprendre que toute lésion de ce centre retentira d'autant plus à la périphérie qu'il prendra plus d'importance. Or, il est légitime de penser que le noyau du facial inférieur doit être prédominant sur les autres. La fonction à laquelle il préside est capitale chez l'enfant nouveau-né. La succion indispensable pour la vie du jeune être nécessite l'intervention puissante de muscles et cela dès le commencement de l'existence. »

Litzmann (1) cite le cas d'un enfant né à terme par la version podalique, faite vingt-quatre heures après la rupture des membranes, qui était profondément asphyxié, mais il revint vite à la vie dans un bain chaud. Le crâne fortement tirailé dans les sutures, portait des traces limitées de la pression du promontoire et les bords latéraux du bassin. » Il y avait aussi à gauche, dit-il, une paralysie faciale, évidemment d'origine centrale, sans empêchement de fermeture de la paupière. Le deuxième jour, la respiration, jusque-là normale, devint irrégulière, rappelant par instants le phénomène de Cheyne-Stokes, et le jour suivant l'enfant qui avait encore crié après minuit fut trouvé mort dans son lit. » A l'autopsie, Litzmann trouva à côté d'une hémorragie méningée modérée, un foyer apoplectique de l'hémisphère droit gros comme un poing d'enfant. Dans certains cas, en

(1) L'accouchement dans les rétrécissements du bassin, page 87.

même temps que la paralysie faciale, il existe une paralysie des membres, monoplégie ou hémip légie.

Dans l'observation de Tapret (1), l'enfant présentait un enfoncement avec fracture de la région fronto-pariétale gauche. La figure était grimaçante, la moitié droite de la face était paralysée. Les membres supérieur et inférieur de ce côté étaient animés de petits mouvements convulsifs intermittents ; dans l'intervalle des convulsions, le bras et la jambe paraissaient plus flasques que ceux du côté opposé ; son cri était à peine perceptible, enroué, presque aphone. Immédiatement après l'opération nécessaire qui a eu pour but de faire cesser la compression, l'enrouement, l'aphonie, les convulsions ont cessé, le cri est devenu meilleur et le lendemain l'enfant ne présentait plus qu'un peu de paralysie faciale.

Pinard (2) cite l'observation d'un enfant né par le forceps qui présentait un enfoncement du frontal droit ayant une profondeur de un centimètre environ et d'une largeur égale. En même temps il avait une paralysie faciale très accentuée du côté gauche. Le lendemain de l'accouchement on avait constaté une paralysie du membre supérieur de même côté. Le vingtième jour, à sa sortie de la maternité, la paralysie du membre supérieur gauche avait complètement disparu, il avait conservé seulement quelques traces de sa paralysie faciale.

Dans l'observation de Secheyron (3), l'enfant présentait un léger enfoncement du pariétal gauche un peu au-dessous de la bosse. Le lendemain on a constaté une paralysie faciale droite et une hémip légie des membres du même côté. Au

(1) Observation XI.

(2) Observation XIII.

(3) Observation XII.

huitième jour, l'enfoncement persistait encore quoique moins profond, les troubles paralytiques étaient en voie de disparition. Dix mois après l'accouchement, l'enfant ne présentait plus traces de la paralysie faciale, ni de la paralysie du membre inférieur. Très légère parésie du bras droit.

Mirbeck (1), dans sa thèse, rapporte l'observation de Dugès, où l'enfant était venu au monde par la version podalique à travers un bassin évalué à 3 pouces et un $1/4$. L'extraction de la tête avait été très pénible. Le pariétal gauche présentait un enfoncement d'un $1/2$ pouce de profondeur et de 2 pouces de largeur, attribué par l'auteur, à la pression de l'angle sacro-vertébral. L'enfant était né en état de mort apparente, s'était ranimé peu à peu et, une heure après la naissance, on avait constaté qu'il présentait pendant le baillement, le froncement des lèvres, torsion de la bouche vers le côté gauche et une raideur des membres supérieurs et inférieurs. Au bout de quelques jours, il ne présentait plus aucune paralysie et au quinzième jour l'enfoncement s'était presque effacé.

Dans l'observation VII, qui nous a été communiqué par notre maître, M. le docteur Bar, il s'agit d'une multipare ayant le bassin normal, qui est accouchée spontanément d'un enfant à terme présentant un enfoncement en cuiller sur le pariétal droit au voisinage de la suture sagittale immédiatement en arrière de la suture fronto-pariétal. Il présentait en même temps une paralysie faciale complète et une diminution de la sensibilité du côté gauche. L'enfant n'avait aucune gêne pour téter.

Le onzième jour de la naissance la paralysie faciale avait presque complètement disparu, mais l'enfoncement était encore très prononcé.

(1) Thèse de Strasbourg 1863, p. 34.

Dans l'observation VI qui nous a été communiqué également par M. Bar, il s'agit d'une secondipare accouchée la première fois par le forceps. La seconde fois M. Bar avait provoqué l'accouchement à huit mois de grossesse. L'enfant était extrait par le forceps, il présentait une dépression sur le frontal droit causée par la branche du forceps, et une paralysie du facial inférieur du côté gauche.



DIAGNOSTIC

Le plus souvent un examen attentif du crâne du fœtus suffit pour faire le diagnostic. Nous avons déjà vu que ces lésions peuvent se présenter sous forme d'aplatissement ou d'enfoncement (gouttière, en cuiller ou godet) avec ou sans lésions cutanées. Dans ces cas le diagnostic s'impose et nous n'y insisterons pas. Quelquefois un épanchement sanguin se forme au niveau de l'enfoncement, celui-ci peut être alors masqué, passer inaperçu ou être pris pour une bosse séro-sanguine. Dans le doute, il faut explorer avec le doigt le fond de la bosse pour voir s'il n'existe pas une dépression de l'os. Une question très importante est de savoir, si l'enfoncement est simple ou compliqué de fractures. Dans les cas, où, en même temps que l'enfoncement, il existe des solutions de continuité complètes qui partagent l'os en fragments, le diagnostic est relativement facile; on trouve de la mobilité anormale, de la crépitation osseuse, etc. Quant à savoir si l'enfoncement est simple ou compliqué de fissures, ici le diagnostic est très difficile, pour ne pas dire impossible. Tout ce qu'on peut dire dans ces cas, c'est que certaines formes d'enfoncement (en cuiller ou godet) sont très fréquemment compliquées de fissures siégeant le plus souvent sur la table interne de l'os, plus rarement sur la table externe.

Quelques auteurs ont pu faire le diagnostic de l'enfoncement, la tête étant encore dans l'excavation.

Dans les accouchements artificiels, l'enfoncement s'annonce assez souvent par une secousse, une sorte de soubresaut, que l'opérateur perçoit très nettement.

Le diagnostic de la cause est, en général, facile. On doit examiner par le toucher, la forme du promontoire, la place qu'il occupe dans l'excavation, il faut faire la mensuration digitale du diamètre promonto-sous-pubien. Mais il ne faudra pas se contenter de l'examen seul du promontoire, le doigt doit explorer la paroi antérieure du bassin, les bords latéraux du détroit supérieur, en cas d'aplatissement transversal du bassin, les épines sciatiques, les branches ischio-pubiennes, etc.

Si l'enfoncement a été produit par le forceps, il correspond presque toujours aux empreintes laissées par les cuillers du forceps.

Il faut chercher s'il n'existe pas de paralysie du côté de la face ou du côté des membres. Pour reconnaître la paralysie faciale, il faut faire crier l'enfant, alors si la paralysie existe, la bouche est fortement tirée du côté opposé de la paralysie, l'œil de ce côté reste ouvert, ne se ferme pas ; si un membre est paralysé il est flasque, l'enfant n'arrive pas à le faire remuer, lorsqu'on le pince ; il est souvent animé de petits mouvements convulsifs, intermittents.

PRONOSTIC

Le pronostic des enfoncements est essentiellement variable. Il est regardé par M^{me} Lachapelle, Paul Dubois, Stolz, Pajot, comme généralement peu grave. Stolz a observé cependant des accidents graves, apoplectiformes résultant de la compression cérébrale au niveau de l'enfoncement.

En effet, un assez grand nombre de ces enfoncements ne déterminent aucun trouble, les enfants atteints de cette lésion têtent bien, augmentent de poids, en somme ne diffèrent en rien des autres ; l'enfoncement se relève peu à peu et au bout d'un certain temps, il ne reste plus de traces. « Le redressement de l'os, dit M^{me} Lachapelle, est un phénomène remarquable, et qui ne doit pas étonner. On sait quels effets surprenants peuvent produire les efforts lents et faibles mais continuels ; l'expansion et le soulèvement perpétuel de l'encéphale suffisent bien pour produire ce changement, auquel se prêtent d'ailleurs, fort aisément les fibres osseuses dont l'élasticité n'est pas toujours détruite. »

Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Wierger, Held, Michaëlis, Osiander, Dugès, Danyau, Secheyron, Charpentier, ont observé des enfoncements qui ne se sont jamais relevés. L'âge du fœtus paraît avoir une influence sur le pronostic de ces lésions. Les os des enfants nés avant terme sont plus souples, se laissent plus facilement déprimer ; ce sont là des conditions relativement favorables pour l'accouchement, mais ces avantages sont contre-balancés par

la moindre résistance de l'enfant né avant terme dont toutes les fonctions s'accomplissent moins bien. Litzmann prétend qu'on trouve bien plus fréquemment, des hémorrhagies abondantes dans la cavité crânienne et le canal vertébral, chez des enfants nés avant terme que ceux nés à terme. Les enfoncements en forme de cuiller ou godet sont généralement considérés comme plus graves, parce qu'ils persistent plus longtemps, quelquefois même indéfiniment et qu'ils sont souvent compliqués de fractures.

Sur 65 cas d'enfoncements en forme de cuiller, recueillis par Schröder, dans différents auteurs, 22 enfants naquirent morts ou mourants, 10 moururent rapidement des suites de la lésion, et 33 conservèrent la vie.

Rambold donne un pronostic encore moins favorable ; sur 33 cas, 22 naquirent morts et 11 nés vivants succombèrent dans les six heures qui suivirent l'accouchement.

Il ne faut pas toujours attribuer la cause de la mort uniquement à l'enfoncement du crâne, car dans une certaine proportion, la mort est occasionnée par le degré de rétrécissement du bassin, qui est souvent la cause d'un travail long, d'une rupture prématurée des membranes, d'où l'action directe de l'utérus en contraction sur le fœtus plus longtemps, de la gêne dans la circulation utéro-placentaire, en somme elle est due à un ensemble de causes plus ou moins funestes pour l'enfant. Que deviendra l'enfant qui présente un enfoncement persistant n'ayant déterminé aucun symptôme immédiat de compression cérébrale ?

Il est assez naturel de craindre que l'enfoncement ne donne lieu plus tard à des accidents de compression, dont les conséquences peuvent compromettre l'avenir de l'enfant au point de vue physique ou psychique.

TRAITEMENT

« Le traitement de ces dépressions, dit Pajot, est nul. Il convient de les abandonner complètement aux efforts de la nature qui fait tous les frais de la guérison. » C'est généralement l'opinion de tous les auteurs, quand il s'agit de cas d'enfoncements légers, ne présentant aucun symptôme grave de compression cérébrale et ayant une tendance de se relever facilement.

Dans des cas graves, certains accoucheurs ont essayé, par des moyens divers de faire disparaître l'enfoncement. « Le public imagine, dit Baudelocque, que l'accoucheur doit pêtrir la tête de l'enfant pour lui rendre la forme naturelle, qu'elle paraît avoir perdue dans l'accouchement ; et bien des matrones sont encore dans la même opinion. Quoique de pareilles pressions, méthodiquement faites, n'ont rien de bien dangereux pour l'enfant, nous pensons qu'il est plus salulaire de les proscrire, parce que la tête reprend d'elle-même sa conformation naturelle. Ce n'est que quand il y a fracture avec enfoncement des os qu'il faut s'en occuper ; mais c'est alors bien moins par rapport à la difformité de la tête qu'aux accidents qui dépendent de la fracture ou de la dépression des os. Ce cas doit être du ressort d'un

homme instruit et non d'une sage-femme. » En effet, c'est un procédé très simple, d'une pratique facile, qui réussit souvent, si on s'y prend très tôt.

Notre maître, M. Bar, nous a dit avoir essayé ce procédé plusieurs fois avec succès, il recommande de commencer toujours par lui avant de faire quoique ce soit pour relever l'enfoncement.

Certains auteurs ont eu l'idée de relever l'enfoncement en exerçant de tractions sur la surface déprimée par le procédé suivant : on appliquait sur la surface déprimée, un emplâtre agglutinatif chauffé de façon à rendre l'adhérence plus intime. L'emplâtre était muni de liens solides fixés à la surface, et aussitôt qu'il était refroidi, on exerçait des tractions lentes et progressives par intermédiaire des liens. Ce procédé, assez simple, avait donné quelques succès.

Un autre mode de traitement bien plus simple consiste à appliquer une ventouse sur la surface déprimée.

Nous nous demandons, si en employant ces deux derniers procédés pour relever l'enfoncement, on n'exagère pas le décollement du cuir chevelu au niveau de la dépression qui existe déjà dans un grand nombre de cas, en outre, et cela s'adresse tout particulièrement à l'application de ventouses, si on n'augmente pas l'épanchement sanguin au niveau de l'enfoncement et faire croire ainsi à un redressement qui, en réalité, n'existe pas.

Le tire-fond a été conseillé par quelques auteurs, M. Tapret s'en est servi, dans un cas d'enfoncement avec fracture où la vie de l'enfant était considérée comme absolument compromise, si on n'aurait pas intervenu pour faire cesser la compression. Les accidents, dit-il, disparurent presque immédiatement.

Dans ces dernières années, un procédé bien plus radical

a été employé par certains auteurs, il consiste en ceci : Après l'antisepsie de la région à opérer, on fait une incision du cuir chevelu au niveau de l'enfoncement, le plus souvent perpendiculairement à son grand axe (Smith) d'une longueur variable suivant les dimensions de l'enfoncement. Avec un bistouri à resection on fait une incision de l'os et puis on introduit dans l'orifice osseux une sonde cannelée, légèrement recourbée (Boissard), ou l'extrémité à pointe mousse d'une curette pour l'oreille (Secheyron), ou enfin un levier spécial (Smith) contre la face interne de l'os et qu'on applique successivement sur plusieurs points du bord de l'incision pour soulever l'enfoncement.

Cette opération a donné de très bons résultats à Boissard, Secheyron, Smith, mais n'empêche que c'est une opération audacieuse qu'on doit réserver seulement pour des cas graves où la vie de l'enfant est immédiatement menacée.

De tous ces procédés de traitement pour le redressement des enfoncements, le traitement perventif, qui consiste en accouchement provoqué ou la symphysiotomie, est le meilleur, toutes les fois qu'on peut se placer dans les meilleures conditions pour la mère et l'enfant, et cela est d'autant plus possible aujourd'hui, qu'on a à sa disposition l'antisepsie et que la vie de l'enfant, né avant terme, court des risques relativement minimes, grâce à la couveuse et au gavage.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

de M. le Docteur Bar

Bassin généralement rétréci. — Enfoncement en forme de gouttière de la suture temporo-pariétal droite. — Enfant vivant.

Augustine P..., 29 ans, multipare, entrée à la Clinique d'accouchement (rue d'Assas), le 15 janvier 1896, La malade a marché à l'âge de neuf mois, elle a été réglée à 14 ans régulièrement. Elle est petite, pas de déformations du côté des membres inférieurs. Son bassin est généralement rétréci, le promontoire est accessible très au loin; la face antérieure du sacrum est concave accessible au toucher. Il existe un faux promontoire sacré. Le diamètre du faux promontoire au bord inférieur de la symphyse mesure 10^{cm} 7.

Première grossesse, 1885. — La malade a été accouchée par le forceps pour bassin rétréci. L'enfant est mort pendant l'accouchement.

Deuxième grossesse, 1888. — Fausse couche de deux mois.

Troisième grossesse, 1894, à terme. M. Demelin a fait la basiotripsie.

Grossesse actuelle. -- Dernières règles du 12 au 15 mai. La malade a eu des vomissements, céphalalgie, maux d'estomac, étourdissements, pendant toute la durée de la grossesse.

A son entrée, on trouve que l'enfant se présente par le sommet en G. T., tête non engagée, fixée au détroit supérieur par l'utérus,

dont le segment supérieur est aminci, allongé. L'anneau de Bandl est visible à travers la paroi abdominale à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic. L'utérus a une forme de sablier. Au toucher on trouve le col mou, perméable à ses deux orifices.

Le 16 janvier, M. Bar examine la malade. Il trouve : un bassin généralement rétréci ; l'enfant volumineux ; la tête passera encore. Il décide de faire accoucher la malade dans 10 jours. Du 16 au 26, on lui met de la gaze iodoformée dans le vagin. Les derniers trois jours, on lui fait des injections vaginales au permanganate de potasse.

Le 27 janvier, à 10 heures du matin, M. Bar, provoque l'accouchement en introduisant dans le col une mèche de gaze iodoformée. Cette opération semble douloureuse pour la malade ; elle a commencé à avoir de petites douleurs à 2 heures du soir. Ces petites douleurs revenant toutes les vingt minutes ont continué une partie de la nuit.

Le 28 janvier. — La malade ne souffre plus. A 11 h. 50 du matin, on enlève la mèche de gaze iodoformée qui était dans le col. Par le toucher, on trouve que le col est long, mou, perméable à ses deux orifices et permettant l'introduction des trois doigts. M. Dubrisay, chef de clinique, introduit le gros ballon de Champetier ; la malade souffre beaucoup et le ballon est presque aussitôt expulsé.

M. Dubrisay introduit le petit ballon et vingt minutes après la malade a eu de petites douleurs un peu plus fortes que la veille.

Le 29 janvier. — A 9 h. 30 du soir, le ballon est expulsé ; les douleurs sont plus fortes, la dilatation du col comme une petite paume. Présentation du sommet en O. S. D. T. Battements du cœur bons. Le travail, dès ce moment, marche très bien ; à 10 h. 20 du soir, la tête qui, jusqu'alors se présentait d'aplomb au détroit supérieur, est inclinée un peu sur son pariétal postérieur. A 10 h. 50, asynclitisme postérieur, beaucoup plus marqué. La tête s'engage peu à peu, toujours en O. I. D. T. A 11 h. 15, même état. A 11 h. 20, rupture spontanée des membranes, asynclitisme postérieur très prononcé. Tête en O. I. D. antéro-transverse à la partie supérieure de l'excavation ; dilatation du col presque complète. A 11 h. 45 du soir, dilatation complète, efforts d'expulsion, la tête descend très lentement. La rotation est complète à minuit 45, le sommet est au niveau du périnée.

Le 30 janvier, à 1 h. 10 du matin, l'accouchement est terminé. L'enfant naît étonné, on lui fait des frictions à l'alcool et il crie peu après. La tête présente une bosse séro-sanguine volumineuse sur la région occipito-pariétale gauche et une dépression en forme de gouttière au niveau de la suture temporo-pariétale droite, permettant l'adaptation d'un doigt.

Suites de couches normales. L'enfant, du sexe masculin, pèse à la naissance, 2,650 grammes. Les diamètres de la tête sont : O. M. = 13^{cm} 2; O. F. = 11^{cm} 2; S. O. B. = 9^{cm}; B. P. = 8^{cm}; B. T. = 8^{cm} 6.

Le neuvième jour, à sa sortie de la clinique, l'enfant pèse 2,580 grammes.

OBSERVATION II (inédite)

de M. le docteur Bar

Bassin rétréci. — Accouchement artificiel à l'aide du forceps. — Dépressions des deux pariétaux au niveau des sutures temporo-pariétales. — Paralysie faciale gauche. — Enfant vivant.

Julie V..., âgée de 28 ans, primipare. entrée à la Clinique d'accouchement (rue d'Assas), le 7 avril 1896.

Dernières règles le 22 juillet 1895. Rien de particulier à noter pendant toute la durée de la grossesse. Conformation du bassin normale.

Présentation du sommet en D.-P. tête engagée.

Apparition des premières douleurs le 27 avril, à 2 heures du soir.

Le 28 avril, à 9 heures du soir, dilatation du col égale à 1 franc, membranes intactes.

Le 28 avril, à 3 h. 30 du matin, la dilatation est complète. Rupture spontanée des membranes. Liquide amniotique normal. Les contractions internes sont peu énergiques : la femme ne pousse pas. La tête est à la partie moyenne de l'excavation, en O. I. D. T.

A 6 heures du matin, les choses étant dans le même état, M. Dubrisay, chef de clinique, est prévenu, il fait une application du forceps sur la tête dans l'excavation en O. I. D. T., mal fléchie, avec

une bosse séro-sanguine, du pariétal gauche. La malade étant chloroformée.

L'introduction de la branche droite, la première, ne présente pas de difficultés; l'introduction de la seconde branche se fait sans peine, mais il est impossible de la ramener directement en avant de telle sorte qu'on fait une prise légèrement oblique. Le périnée très résistant, se détend lentement. Le dégagement de la tête se fait en O., P.

L'enfant naît étonné, mais on le ranime facilement.

La tête de l'enfant présente une déformation remarquable. Une bosse séro-sanguine volumineuse, siégeant sur le pariétal gauche. La partie postérieure de la tête présente un volume très considérable avec saillie très notable des deux bosses pariétales, plus spécialement celle du côté gauche. Immédiatement en avant des deux bosses pariétales, au niveau de la suture temporo-pariétale, existe une dépression beaucoup plus accentuée qu'à l'état normal.

La tête est légèrement asymétrique, par suite de la saillie plus considérable de la bosse pariétale gauche et du léger chevauchement du pariétal gauche sur le pariétal droit. Il existe, en outre, une éraillure de l'angle externe de l'œil gauche, causée par le bec de la cuiller. Petites érosions au niveau de la bosse pariétale gauche, en arrière de l'oreille gauche, et une toute légère éraillure à côté de l'oreille droite.

L'enfant est atteint d'une légère paralysie faciale gauche.

Le 1^{er} mai, l'œil gauche, au niveau duquel avait été placée la branche du forceps est un peu tuméfié; l'enfant l'ouvrirait assez difficilement. La paralysie faciale a un peu diminuée. La tête tend à prendre une forme plus régulière et plus symétrique.

L'enfant, du sexe féminin, pèse à la naissance, 3,100 grammes.

Les diamètres de la tête, sont :

O. F. = 11^{cm} 7; O. M. = 13^{cm} 5; B. B. = 8^{cm} 6; B. T. = 7^{cm} 5;
S. O. B. = 8^{cm} 5.

Suites de couches normales.

OBSERVATION III (Inédite).

De M. le docteur Bar.

Bassin rétréci. — Version par manœuvres internes. — Enfoncement considérable du pariétal gauche. — Enfant né en état de mort apparente. — Ranimé.

Joséphine G..., âgée de 27 ans, multipare, entrée à la Maternité de l'hôpital St-Louis, le 19 février 1892, à une heure du matin.

Elle a été réglée à l'âge de 14 ans, régulièrement, durée de 4 à 5 jours.

Premier accouchement à terme, date de 6 ans, présentation du siège, l'enfant, qu'elle sentait remuer pendant toute la durée de la grossesse, est venu au monde mort « à la suite de l'accouchement. »

Deuxième accouchement, également à terme, onze mois après le premier. Présentation du sommet, application du forceps.

Grossesse actuelle.

Dernières règles du 15 au 18 mai : vomissements au début de la grossesse.

Urines normales.

En examinant la malade à son entrée, on sent la tête en bas; très mobile au-dessus du détroit supérieur, avec une tendance de filer vers la fosse iliaque gauche, le dos et à droite. Les battements du cœur normaux, ayant leur maximum à droite de la ligne médiane.

La dilatation du col est un peu plus grande qu'une pièce de 2 fr.

Les membranes sont intactes.

En introduisant le doigt profondément on arrive facilement sur le promontoire, qui fait saillie en avant, le diamètre promonto-sous-pubien mesure 0,11 centimètres.

3 heures du matin. — Les contractions utérines sont très énergiques, la poche des eaux fait saillie dans le vagin, la dilatation du col est comme une pièce de 5 francs.

6 heures du matin. — La dilatation du col a encore fait du progrès, la tête reste toujours mobile au-dessous du détroit supérieur.

9 heures du matin. — Comme la poche des eaux est intacte, la

dilatation du col presque, et la tête toujours dans le même état qu'au commencement, on se décide de faire la version par manœuvres internes.

Le dégagement du siège et le tronc est facile, mais on éprouve une difficulté extrême au moment de l'extraction de la tête.

L'enfant est né en état de mort apparente, il est pâle, ne respire pas, mais il revient à la vie assez facilement, l'enfant présente en outre un enfoncement très considérable du pariétal gauche, il pèse au moment de la naissance 3.350 grammes.

Les diamètres de la tête sont .

O.E. : 11.8 centimètres : O.M. : 13.5 cent. ; B.P. : 10.3 cent. ; B.T. : 8.7 cent. ; S.O.B. : 9.8 cent.

OBSERVATION IV (Inédite).

De M. le docteur Bar.

Rétrécissement du bassin. — Procidence du cordon. — Accouchement artificiel par la version. — Aplatissement de la région temporo-pariétal droite. — Enfant né en état de mort apparente.

Félicie T..., âgée de 29 ans, multipare, entrée à la clinique, le 11 février 1896. Elle a marché à l'âge de 3 ans. Son bassin est rétréci, le diamètre promonto-sous-pubien est de 10.2 centimètres.

Première grossesse à terme, accouchée au forceps à l'hôpital de Lariboisière.

Deuxième grossesse, également à terme, accouchée au forceps, en ville.

Actuellement enceinte pour la troisième fois, dernière apparition des règles ignorées, elle allaitait. Elle a eu des vomissements, nausées, pertes blanches abondantes pendant sa grossesse.

Présentation du sommet en G.T., tête mobile au détroit supérieur. Battements du cœur foetal normaux. — Urines normales.

Le 11 février, à 6 h. 45 m. du soir, au moment où M. Dubrisay, chef de la clinique, examine la malade, la dilatation est complète, et

la tête ne s'engage pas, elle est en O.T.G.T. A ce moment les membranes se rompent et le cordon descend, en formant un paquet, dans la partie droite et postérieure de l'excavation.

M. Dubrisay fait la version, refoule la tête, atteint le pied antérieur, qui est le pied droit, et l'abaisse. Le dégagement du siège se fait facilement, la moitié du tronc est hors des parties génitales; un linge imbibé d'une solution de sublimé est jeté autour du bassin du fœtus, des tractions dirigées en bas et en arrière sont exercées sur le pelvis afin d'engager les épaules, rien ne bouge. La main gauche introduite dans le vagin suit le plan latéral droit de l'enfant; le membre supérieur correspondant est entièrement relevé, le bras est appuyé sur le côté de la tête; l'avant-bras est fléchi sur cette dernière. Deux doigts placés en attelle sur l'humérus, parviennent à dégager celui-ci, l'avant-bras suit, et le membre supérieur est ainsi abaissé.

On essaie d'agir de même pour le bras antérieur, mais la main introduite derrière la symphyse pubienne ne peut l'atteindre; par un mouvement de rotation imprimé au siège, et dirigé de façon à ce que celui-ci regarde maintenant la branche ischio-pubienne droite de la femme, le bras antérieur est devenu postérieur. Ce membre supérieur est exactement dans la même situation que l'autre, il est abaissé de la même manière.

Reste la tête; elle est franchement en transversale, au-dessus du détroit supérieur, l'occiput à droite, la face regardant à gauche. Deux doigts de la main gauche introduite dans la bouche ne peuvent guère dépasser le maxillaire inférieur. Pour aider à la descente et à la flexion de la tête, un aide appuie fortement sur le front au travers les parois abdominales, les doigts peuvent alors être introduits dans la bouche et fléchir ainsi la tête au maximum. Elle est toujours en transversale, un léger soubresaut annonce que le promontoire est gauche. Lorsque la tête est au niveau du muscle releveur, on lui imprime un mouvement de rotation; dirigeant le menton en arrière, l'occiput se dégage sous le pubis, par la manœuvre de Mauriceau.

L'enfant naît en état de mort apparente, il est pâle, mou, flasque; n'a aucun réflexe « plantaire, trachéal, ni cornéen. » le cœur bat faiblement. Les mucosités sont enlevées avec l'insufflateur de Ribe-

mont-Dessaignes, il y en a peu. L'insufflation est pratiquée, pendant 5 minutes; l'enfant fait quelques inspirations spontanées très espacées; on le plonge dans un bain sinapisé chaud (38° environ). on lui titille les narines, il réagit, éternue et après quelques frictions avec l'alcool, il crie, pleure, et respire normalement.

Il existe un léger aplatissement de la région temporo-pariétal droite.

A la naissance, l'enfant pèse 3.550 grammes.

Les diamètres de la tête sont :

O.M. : 12.5 centimètres; O.F. : 11.5; S.O.B. : 10.4; B. P. 9.5; B.T. : 7.

Le huitième jour de sa naissance, au moment de sa sortie, il a augmenté de 50 grammes.

OBSETVATION V (Inédite).

De M. le docteur Bar

*Bassin généralement rétréci et aplati. — Accouchement provoqué. —
Aplatissement du pariétal gauche. — Enfant vivant*

La nommée Stoop, 32 ans, secondipare, entrée à la Maternité de St-Louis, service de M. le docteur Bar, le 10 novembre 1892, a marché à l'âge de 22 mois; réglée à 18 ans, régulièrement de durée 8 jours. A l'âge de 26 ans, elle a subi, dans le service du professeur Ledentu, l'opération de la néphrotomie. La malade est de taille de 1 mètre 82 centimètres. Les bosses frontales sont saillantes; les tibias sont incurvés en dedans et présentent au niveau de leurs crêtes de petites pressions en dents de scie. Le bassin est généralement rétréci et aplati. Le doigt explore facilement l'étendue de la ligne innominée, les ailerons de sacrum, toutes les parties de l'excavation. Les épines sciatiques sont saillantes. Le diamètre P.S.P. mesure 10 centimètres.

Première grossesse à terme il y a 15 mois. Accouchement terminé par le forceps. L'enfant était né en état de mort apparente, il a été

ranimé, mais il est mort au bout de 27 heures. Il pesait 3,700 grammes.

Grossesse actuelle. Dernières règles le 22 février. Utérus remonte 8 travers de doigts au-dessus de l'ombilique. Présentation du sommet en D. T., tête mobile au détroit supérieur. Bruit du cœur bons à droite de la ligne médiane. Le col est mou, perméable. Les membranes sont intactes.

Le 14 novembre, à 9 h. 30 du matin, on provoque l'accouchement en introduisant une sonde dans la cavité utérine.

A 10 heures. Rupture spontanée des membres.

A 1 heure du soir. Apparition des premières douleurs qui vont en augmentant, reviennent toutes les 15 minutes.

A 8 heures du soir. Les douleurs, sans cesser complètement, diminuent d'intensité, cet état se continue toute la nuit.

Le 15 novembre, introduction d'une nouvelle sonde de n° 18.

A une heure du soir. Les contractions utérines augmentent.

A 3 heures du soir. Les douleurs sont presque continues.

A 5 heures du soir. La dilatation est comme une pièce de 5 francs.

A 7 heures du soir. La dilatation du col est comme une petite paume de main. La tête commence à s'engager en O. S. D. T., elle est en asynclitisme postérieur.

A 11 heures du soir. La dilatation du col est complète. La tête est franchement engagée dans la partie supérieure de l'excavation en O. I. D. T.

A 11 h. 30 du soir. L'expulsion spontanée du fœtus suivie de l'écoulement du liquide amniotique-teinte par le méconium. Délivrance naturelle.

L'enfant naît en état de mort apparente, il est facilement ranimé. Il présente une bosse séro-sanguine sur le pariétal droit et un aplatissement du pariétal gauche, pas d'enfoncement. L'enfant pèse à la naissance 2,680 grammes. Les diamètres de la tête sont : O. F. = 11.4; O. M. = 12.6; B. F. = 9.5; B. T. = 7; S. O. B. = 10.

Le 27 novembre il pèse 2,970 grammes.

OBSERVATION VI (inédite).

de M. le docteur Bar

Bassin cyphotique. — Accouchement provoqué. — Application du forceps. — Dépression du frontal droit. — Paralysie du facial inférieur.

Louise L..., 28 ans, entrée à la Maternité de Saint-Louis, service de M. le docteur Bar, le 1^{er} octobre 1892, a marché avant l'âge de 20 mois. Réglée à 15 ans. A l'âge de deux ans, la malade est tombée du premier étage, sur le dos, d'après le récit de sa sœur, elle a été conduite à l'Hôtel-Dieu, où on lui aurait mis un appareil qu'elle a gardé.

A son entrée, elle est sans douleurs particulières. Le 3 octobre, vers 10 heures du matin, on décide de provoquer l'accouchement, en introduisant une sonde n° 17 dans l'utérus, ce qui se fait avec des difficultés. Dans la journée, la malade a quelques douleurs sourdes. Dans la nuit, les douleurs vont en augmentant, et, à 6 heures du matin, le 4 octobre, la malade est conduite dans la salle de travail. Malgré les douleurs, la dilatation du col se fait très lentement.

Le 4 octobre, à 6 heures du soir, le col a une certaine longueur, la dilatation est à peine de 2.81. La malade a des vomissements sans caractère toute la journée. La sonde est retirée vers 8 h. 30 du soir et non remplacée. Présentation du sommet en G. A.

Le 5 octobre, les douleurs ont persisté toute la nuit, mais sans augmenter d'intensité; elles se ralentissent même. A 9 h. du matin, on entend les battements du cœur nettement, la dilatation du col n'est pas plus avancée qu'hier. On prépare le ballon Champetier, mais le travail semblant se faire, on laisse la malade au repos; à 3 heures, la dilatation est comme une pièce de 5 fr. Dans la soirée, les douleurs se ralentissent et à 8 h. du soir, elles reviennent tous les quarts d'heures.

A 2 heures du matin, le 6 octobre, elles semblent s'éteindre, il y a véritablement rétrocession du travail; dans la matinée, les douleurs ont cessé; le col est moins dilaté qu'hier. Léger œdème aux lèvres.

A 10 h. 30 du matin, on introduit une seconde sonde du n° 17; à

3 heures de l'après-midi, les douleurs paraissent plus fortes, le col est aminci; dilaté comme une pièce de 2 fr. Les membranes bombent plus. Les douleurs continuent jusqu'à 5 heures du soir; à 11 heures du soir, les membranes ne font pas saillie en dehors du col; la dilatation est comme trois travers de doigts. La tête est encore mobilisable. Pendant le toucher, rupture des membranes, au moment d'une contraction. La tête vient alors appuyer sur le col en O. I. G. A. La malade a encore des vomissements.

A une heure du matin, le 7 octobre, la tête est dans l'excavation. Bosse séro-sanguine prononcée; à 2 heures, on sent encore la lèvre antérieure du col ostéatisée à sa partie supérieure et une partie de la lèvre postérieure. La malade est épuisée par la longue durée du travail.

A 3 h. 30, on fait une application du forceps, en oblique, la tête étant dans une excavation en O. I. G. A. La branche gauche introduite la première est placée autour de l'oreille, la branche droite est un peu antérieure.

L'enfant naît en état de mort apparente, ranimé, présente une circulaire du cou, des petites plaies superficielles du cuir chevelu, une dépression du frontal droit causée par la branche du forceps. Il présente en outre une paralysie du facial inférieur du côté gauche et une chute de la paupière droite par œdème. La délivrance se fait immédiatement.

L'enfant, du sexe féminin pèse 2,550 grammes.

Les diamètres de la tête sont : O. F. = 10,6; O. M. = 11,1; B. P. = 9,2; B. T. = 7,2; S. O. B. = 9,5.

Huit jours après la naissance, le 14 octobre, l'enfant est mort, il a diminué de 225 grammes.

OBSERVATION VII (inédite)

de M. le docteur Bar

Bassin normal. — Accouchement spontané. — Dépression en cuiller du pariétal droit. — Paralyse faciale gauche.

Berthe L..., 35 ans, entrée à la Clinique d'accouchement (rue d'Assas), le 10 août 1891.

Père inconnu, mère bien portante. Collatéraux bien portants.

La malade a marchée à l'âge de 2 ans. Réglée à 13 ans, très régulièrement.

Première grossesse, il y a huit ans, en mars 1888. A ce moment, la malade avait beaucoup d'albumine dans ses urines. Elle est entrée à la Clinique, où elle a été soumise au régime lacté. Elle est accouchée d'un fœtus mort et pendant l'accouchement avait perdu connaissance.

Deuxième grossesse, il y a trois ans, à l'hôpital Beaujon. Au huitième mois de sa grossesse, la malade toussait et crachait du sang à flot, elle a été prise d'une aphonie qui a duré quatre semaines. L'accouchement a eu lieu à terme. L'enfant est mort de convulsions au bout de neuf jours. La parturiente s'est bien portée, on lui avait donné du sirop de Gibert.

Grossesse actuelle, dernières règles, du 1^{er} au 3 décembre, vomissements continus pendant les deux premiers mois. Il y a un mois, a été prise d'étourdissements et avait perdu connaissance.

Actuellement, elle a les jambes enflées, accuse des douleurs non localisées, elle perd du sang. Le fœtus est très mobile; la tête est dans le flanc gauche; le dos est à droite. Le col est mou et perméable.

Le périnée ne présente aucune résistance, il permet d'atteindre le promontoire qui est à distance normale. La mère dit n'avoir pas senti son enfant remuer depuis trois jours. A l'auscultation, on entend à droite un souffle utérin, très net. Les battements du cœur sont perceptibles, mais faibles.

Le 12 août, l'enfant est petit, vivant, son volume n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse. Au toucher, on sent le ballonnement des parties fœtales. Le col est en avant et à droite, il est perméable à l'orifice externe. Les urines sont normales.

Le 22 août, les battements du cœur sont à peine perceptibles. Le fœtus est très mobile. La malade se plaint d'avoir tous les jours des vertiges et des étourdissements.

Le 24 août, urines louches.

Le 25 août, les urines sont normales.

Le 5 septembre, la tête est dans le flanc droit, le dos est en avant, l'enfant se présente par l'épaule gauche.

Les battements du cœur sont bons. On trouve un excès de liquide amniotique.

Le 15 septembre, présentation du sommet en G. A. Bruits du cœur, bons.

Le 22 septembre, présentation du sommet en G. P. Bruits du cœur, bons; le fœtus est très mobile. Le col est mou, perméable aux deux orifices.

Le 28 septembre, à 5 h. 30 du soir, la malade arrive à la salle du travail avec une dilatation du col égale à une paume de main. La poche des eaux est volumineuse, boucle dans le vagin. La tête est amorcée au détroit supérieur, elle se présente en O. I. D. A. La suture sagittale n'est pas sentie à cause du chevauchement des pariétaux. Il n'y a pas d'asynclitisme.

La tête reste élevée assez longtemps, puis descend tout d'un coup. Le dégagement de la tête se fait en O. P. à 8 h. 30 du soir.

Immédiatement après la naissance de l'enfant, on constate qu'il existe une dépression en cuiller siégeant sur le pariétal droit au voisinage de la suture sagittale immédiatement en arrière de la suture-pariétale. Le pariétal gauche chevauche sur le pariétal droit, de telle sorte que dans son tiers antérieur la suture sagittale est remplacée par une saillie, forme par le bord du pariétal gauche. La fontanelle antérieure est moins volumineuse qu'à l'état normal, il paraît à la première vue qu'elle est formée par trois sutures, car on sent mal la suture fronto-pariétale du côté droit; on sent très difficilement la fontanelle postérieure par suite du chevauchement de l'occiput au-dessus du pariétal droit. La bosse séro-sanguine est assez volumineuse, elle siège sur l'occipital et sur la partie postérieure du pariétal gauche.

L'enfant présente, en outre, une paralysie faciale très nette au côté gauche (côté opposé à celui où siège l'enfoncement).

Il n'existe aucun phénomène de paralysie du côté des membres supérieurs, ni des membres inférieurs.

Le 30 septembre, lorsque on examine la figure de l'enfant au repos on voit que l'œil droit est fermé et que l'œil gauche est plus ouvert. La commissure lobiale droite est un peu plus abaissée que la gauche. Le nez est un peu dévié de ce même côté. La sensibilité est diminuée à gauche. La joue gauche paraît plus volumineuse et tombante. Au repos, la bouche n'est pas déviée.

Lorsque l'enfant crie ou fait des mouvements de succion, on voit que la commissure droite se porte à droite, pendant que la commissure gauche ne se porte pas à gauche, mais reste immobile ou se porte légèrement vers la ligne médiane.

La langue ne paraît pas déviée. Lorsque on exerce de petites frictions sur le front, l'enfant plisse son front du côté droit, à gauche aucune ride n'apparaît. L'enfant tette bien.

Le 4 octobre, l'état de l'enfant reste le même; l'enfoncement est toujours très marqué.

Le 6 octobre, la paralysie diminue de plus en plus; l'enfant va très bien.

Le 8 octobre, la paralysie faciale est insignifiante; pour la remarquer, il faut observer l'enfant très attentivement quand il crie. L'enfoncement est toujours très prononcé.

L'enfant, du sexe masculin, pèse à la naissance 3,980 grammes.

Les diamètres de la tête sont :

O. F. = 12^{me} 1; O. M. = 13; S. O. = 9,9; B. P. = 10 centimètres; B. T. = 8,3.

Le onzième jour, à sa sortie de la Clinique, il pesait 3,993 grammes.

OBSERVATION VIII (inédite)

de M. le professeur Budin

Bassin rétréci. — Application du forceps. — Enfoncement en cuiller du frontal gauche. — Paralyse faciale du côté droit.

Marie L..., 26 ans, couturière, multipare, entrée le 24 mai 1898, à la Clinique d'accouchement (rue d'Assas), service de M. le professeur Budin, a marché à l'âge de 2 ans. Premières règles à quinze ans, depuis elle est toujours bien réglée.

Première grossesse. — Accouchement spontané à terme, le 8 décembre 1892, à la Clinique (rue d'Assas); l'enfant s'était présenté par le sommet, son poids était de 1,980 grammes; actuellement, il est bien portant. Les suites de couches ont été bonnes.

Deuxième grossesse. — Accouchement spontané à terme le 1^{er} mai 1895, à la Clinique (rue d'Assas); l'enfant, du sexe féminin, était né étonné, il s'était présenté par le siège en S. I. G. A., mode de fesses, son poids était 3,000 grammes; actuellement elle est bien portante. Les suites de couches ont été bonnes.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles, du 5 au 10 août 1897. Etat général est resté bon, sauf quelques vertiges et quelques douleurs dans le bas-ventre.

La parturiente entre à la Clinique, le 27 mai 1898, à 5 heures du matin ayant perdu les eaux depuis une heure du matin, et ressentant des douleurs depuis minuit. Examinée à son entrée à la salle d'accouchement, on constate que la dilatation est complète et que le fœtus se présente en O. I. A. Les bruits du cœur sont bons à gauche de la ligne médiane.

A 5 h. 14 du matin, la poche des eaux est rompue artificiellement. Le liquide amniotique est très abondant et de couleur verte.

A 6 h. 25, le col est revenu sur lui-même; on met la femme au bain.

A 8 heures, le toucher, on trouve le col dilaté de 8 centimètres environ, la tête semble légèrement engagée, mais on sent cependant le promontoire et on trouve comme diamètre promonto-sous-

pubien 10^{cm} 2. La tête est fortement fléchie de telle sorte que la fontanelle postérieure occupe à peu près le centre de l'excavation et qu'on ne perçoit pas la fontanelle antérieure. Le pariétal postérieur chevauche légèrement sur le pariétal antérieur. Bruits du cœur normaux.

A 2 h. 1/2 du matin, la dilatation est presque complète, mais la tête n'a pas accentué son engagement a opéré un mouvement d'inflexion de sorte que la fontanelle postérieure se trouve plus en avant et à gauche, près de la ligne innommée gauche. La fontanelle antérieure est maintenant accessible, mais par suite de chevauchement des os, on ne sent que trois angles de cette fontanelle, l'angle postérieur se trouvant effacé. Cette fontanelle antérieure se trouve située très haut, près du bord droit du promontoire s'apprêtant à doubler ce promontoire. La tête est inclinée de telle façon que la suture sagittale est très postérieure et qu'on ne sent qu'une très petite partie du pariétal postérieur, le pariétal antérieur occupant presque entier d'aire du bassin. Les battements du cœur sont bons.

A 10 heures du matin, état stationnaire.

A 11 h. 1/4, après un nouvel examen, le chloroforme est donné et M. Budin applique le forceps.

La main introduite la première, la branche gauche est appliquée à l'extrémité gauche du diamètre oblique droit; puis la branche droite est appliquée à l'extrémité droite du diamètre oblique droit.

Après quelques tractions assez fortes, on perçoit un soubresaut, indiquant le passage de la tête au-dessous du promontoire. La rotation est faite et l'enfant, du sexe féminin, est dégagé en O. P. à 11 h. 25. Cinq minutes après la parturiente perd un caillot assez volumineux, mais il s'écoule peu de sang, d'ailleurs le globe de sûreté est très net au niveau de l'ombilic. La délivrance se fait naturellement à midi moins un quart. On pratique alors le toucher et on trouve le promontoire faisant une saillie très aiguë et située très bas. Pas de déchirure du périnée. Injection vaginale au sublimé-pansement.

Le placenta est intact, il pèse 240 gr.; les membranes sont intactes, mais on trouve un décollement partiel de l'amnios et du chorion, ce qui expliquerait la présence d'une poche amnio-chorionale, et cet écou-

lement du liquide accusé par la malade avant la déchirure artificielle des membranes.

Le cordon a une insertion marginale est vélamenteuse.

L'enfant du sexe féminin présente une bosse séro-sanguine sur la partie postérieure du pariétal droit. Au niveau du frontal gauche on constate un enfoncement produit par le promontoire, et mesurant dans le sens latéral 35 millimètres. Cet enfoncement empiète légèrement sur le pariétal gauche. L'enfant présente également de la paralysie faciale du côté droit. Lorsque l'enfant est au repos, l'œil gauche est fermé, l'œil droit reste ouvert, quand il crie, la bouche est déviée du côté gauche. L'enfant présente en outre au-dessous de l'oreille droite la trace de la cuiller du forceps. Poids de l'enfant 3120 gr.; longueur 48 centimètres. Les diamètres de la tête sont : O. M. 13,6; O. F. 11,7. S. O. B. 9 3/4; Bi. P. 9,6; Bi. T. 8 1/2.

Le 25 mai, il semble que la dépression frontale a déjà diminué de profondeur. La paralysie faciale semble légèrement améliorée.

Le 28 mai, nous avons eu la permission de M. le professeur Budin, d'examiner l'enfant. Nous avons trouvé que la paralysie faciale était très légère. L'enfoncement persistait encore. Nous avons mesuré la distance entre le sommet de l'apophyse mastoïde droite et le centre de l'enfoncement, elle était de 91 millimètres; la distance entre le sommet de l'apophyse mastoïde gauche et la partie symétrique de l'enfoncement du frontal droit, était de 96 millimètres.

Le 31 mai, l'enfant pesait 3250 grammes. La paralysie faciale était presque disparue. L'enfoncement était en même état.

OBSERVATION X (inédite).

M. le docteur Bar.

Bassin rétréci. — Accouchement spontané. — Enfoncement du pariétal droit.

La nommée Muths, 30 ans, multipare, entrée le 15 mai à la Maternité de Saint-Antoine, service de M. le docteur Bar, père et mère décédés, trois sœurs bien portantes, deux d'entre elles ont eu des

enfants, l'une d'elles n'accouche pas facilement. La malade a marché à l'âge de 16 mois, réglée à 15 ans régulièrement, à l'âge de 22 ans elle a eu une dyspepsie pour laquelle elle a été soignée pendant six semaines à l'hôpital. Le squelette des membres ne présente aucune déformation. Le bassin est rétréci, le diamètre P. S. P., mesure 11 centimètres. Première grossesse en 1882, à terme. Accouchement spontané, à la Maternité de Saint-Louis, d'une fille nourrie au sein, actuellement vivante.

Deuxième grossesse en 1895. Accouchement spontané à terme, chez une sage-femme, d'un garçon vivant, présentant à la naissance un enfoncement du crâne considérable. Il était nourri au sein, il est mort à 26 mois de broncho-pneumonie, grossesse actuelle. Dernières règles du 30 au 31 Juillet 1897. Douleurs lombaires et abdominales. Quelques vomissements au début de la grossesse. Urines normales. Présentations du sommet en D. A., battements du cœur bons, au-dessous de l'ombilic de chaque côté de la ligne médiane.

Le 15 mai à 3 h. 45 du matin. La dilatation du col est entre 2 et 5 francs; les membranes sont intactes. La tête est amorcée au détroit supérieur.

A 4 heures du matin, rupture spontanée des membranes, le liquide amniotique est un peu teinté de méconium, les battements du cœur sont bons.

A 8 heures du matin, la dilatation du col comme une paume de main, la tête s'engage en D. A., les battements du cœur bons, pas d'asynclitisme.

A 10 h. 30 du matin, dilatation du col complète, efforts d'expulsion; battements du cœur bons.

A 12 h. 5, la tête apparaît à la valve, au toucher on sent une bosse sero-sanguine très volumineuse. Les bosses pariétales n'ont pas franchi le détroit supérieur. Les battements du cœur sont bons. La malade n'a pas de fortes contractions, à 1 h. 30 du soir, il n'y a aucun progrès, la bosse séro-sanguine apparaît seule à la valve au moment des contractions. Les battements du cœur sont bons, on ausculte toutes les 5 minutes.

A 2 h. 40 du soir, la malade a une forte contraction, la bosse séro-sanguine franchit l'anneau valvaire. On dégage la tête difficilement, le

dégagement se fait obliquement, le front regarde la cuisse gauche de la femme, l'occiput l'aîne droite. Les épaules se dégagent lentement. Les bras sont fortement accolés le long du corps. L'enfant fait un ou deux efforts d'inspiration. Il n'y a pas d'écoulement de méconium depuis la rupture des membranes, mais derrière l'enfant s'échappe un flot de liquide amniotique tout noir.

L'enfant naît en état de mort apparente, on lui fait des insufflations, des frictions à l'alcool camphrée, on lui donne un bain sinapisé. Le cœur bat jusqu'à 3 h. 5 du soir, mais l'enfant ne fait aucun mouvement d'inspiration. Il présente une dépression du côté droit de la tête. Les diamètres de la tête sont : O. M. 12, 9 centimètres; O. F. 10,6; S. O. B. 9,9; S. O. F. 9,9; Bi. P. 9,2; Bi. T. 7,6. L'enfant pesait 4080 grammes. Nous avons vu l'enfant, la dépression était en forme de gouttière, elle siégeait au niveau de l'angle autéro-inférieur du pariétal droit, il n'avait pas d'enfoncement ni sur le frontal, ni sur le temporal du même côté. La distance entre l'apophyse mastoïde gauche et le centre de l'enfoncement était de 75 millimètres; la distance entre l'apophyse mastoïde droite et la partie symétrique de l'enfoncement du pariétal gauche était de 82 millimètres. La dépression avait une longueur de 12 millimètres sur 36 millimètres de hauteur. En faisant l'autopsie de l'enfant nous n'avons trouvé ni épanchement sanguin, entre le péricrâne et le pariétal au niveau de l'enfoncement, ni entre la dure-mère et le pariétal. Il n'y avait aucune hémorrhagie, ni du côté du cerveau ni du côté des méninges, il n'y avait non plus ni fracture, ni fissure du côté du pariétal droit au niveau de l'enfoncement. La bosse séro-sanguine était très volumineuse elle siégeait sur le pariétal gauche et en partie sur l'occiput.

OBSERVATION X

de M. Budin, consignée dans la thèse de Roullant, Paris 1887.

Bassin rétréci. — Accouchement spontané. — Aplatissement du pariétal gauche. — Paralyse du facial inférieure du côté droit.
(Résumée).

Le 5 juin 1887 à 8 h. 30 du soir, la nommée Mathilde Pag..., primipare, âgée de 26 ans, domestique, accouche à terme d'un enfant du sexe féminin, pesant 3450 grammes. Le travail a duré 25 heures.

L'enfant naît cyanosé et ne respire pas. Quelques frictions, quelques flagellations provoquent bientôt les mouvements respiratoires.

La tête examinée aussitôt présente une déformation des plus marquée. Une bosse séro-sanguine volumineuse siège sur la partie supérieure et postérieure du pariétal droit. Elle masque l'extrémité postérieure de la suture sagittale, la fontanelle postérieure et la branche droite de la suture lambdoïde. Le pariétal droit chevauche en arrière sur l'occipital, en avant sur le frontal, en bas sur le temporal, en haut sur le pariétal du côté opposé.

Le pariétal gauche aplati offre une surface presque plane-étendue de la suture sagittale à la base du crâne. Sur le pariétal gauche existent deux plaques gris jaunâtre dues à la longue compression du promontoire.

Quant l'enfant crie, on constate qu'il existe une paralysie faciale du côté droit, paralysie très marquée. Pendant les cris, la bouche est très fortement tirée sur la gauche. Cette paralysie est limitée au facial inférieur; l'orbiculaire de paupières a conservé son fonctionnement. La langue n'est pas déviée. Les membres supérieurs et inférieurs ne sont ni paralysés ni parésiés. La sensibilité est conservée sur tous les points des membres, du tronc et de la face; l'excitation avec une épingle provoque des cris.

Le dix-huitième jour à la sortie de l'hôpital, l'enfant se portait très bien, le pariétal gauche était encore légèrement aplati; mais il n'y avait plus de trace de la paralysie faciale.

Le diamètre P. S. P. mesure 11 centimètres 5.

OBSERVATION XI

(Tapret : *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique* 1877. p. 163.)

Enfoncement avec fracture du crâne par application du forceps. —

Phénomènes de compression sur les régions motrices cérébrales. —

Relèvement des fragments. — Guérison immédiate.

Le 2 mars entre dans le service de mon cher maître, M. Millard, à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Hélène, une femme rachitique qui depuis deux-jours est en travail. Les douleurs expulsives ne reviennent plus qu'à des longs intervalles et paraissent s'atténuer. Il y a vingt heures que la sage-femme qui devait l'accoucher a rompu la poche des eaux. La présentation est en O. I. G. A. ; mais la tête à peine engagée, et le diamètre autéro-postérieur du bassin ne mesure pas plus de 8 centimètres 1/4. L'accouchement ne paraît pas se faire spontanément. L'interne de garde applique le forceps sans trop de difficulté. Après quelques minutes de traction énergique, l'opérateur a la sensation d'un affaissement brusque en même temps que le dégagement de la tête s'opère. A partir de ce moment tout est vite terminé.

L'enfant reste quelques secondes dans une sorte d'état de mort apparente. On le plonge dans un bain de moutarde préparé à l'avance, et les efforts d'inspiration commencent.

Son cri est à peine perceptible, enrroué, presque aphone. Le globe oculaire gauche fait une forte saillie sous les paupières entr'ouvertes. Toute la conjonctive bulbaire est infiltrée de sang. La figure est grimaçante, la moitié droite de la face est paralysée. Les membres inférieur et supérieur de ce côté sont animés de petits mouvements convulsifs intermittents. Dans l'intervalle, d'ailleurs très court des convulsions, il nous paraît évident que le bras et la jambe sont plus flasques de ce même côté que du côté opposé. L'extrémité libre de la cuiller gauche du forceps appuyant à faux sur la bosse fronto-pariétale (l'instrument n'embrassait pas exactement la tête du fœtus suivant le diamètre bipariétal, la branche gauche se rapprochait du vertex, et la branche droite était appliquée au niveau de l'oreille et très près du cou), les os, très durs, ont cédé en ce point. On constate en effet,

au-dessus de la bosse pariétale, un véritable enfoncement du crâne par fracture comminutive (embarure), et non une dépression simple. Cet enfoncement commence sur le frontal, à deux centimètres environ au-dessus du diamètre occipito-frontal, et finit, sur le pariétal à deux centimètres en arrière de la ligne auriculo-bregmotique. La suture en haut; en bas il n'atteint pas les bosses pariétales. Le fragment postérieur du frontal, dirigé obliquement en haut et en arrière, chevauche sur le fragment antérieur du pariétal. (D'après le schema pris sur l'enfant par mon collègue et ami M. Féré, l'enfoncement correspondrait à la partie postérieure des trois circonvolutions frontales, et au tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante.) Un céphalématome s'est rapidement formé au niveau de cette embarure.

Considérant l'enfant comme absolument perdu si l'on n'intervient pas rapidement pour faire cesser la compression, j'incise le péricrâne, puis je visse un tire-fond obliquement (pour éviter de toucher l'écorce cérébrale) dans le plus large fragment enfoncé, et je remonte les os à leur niveau normal sans grande difficulté. Le sang du céphalématome s'écoule par la plaie faite pour l'introduction de l'instrument, et j'applique en ce point une cuirasse de collodion. L'enrouement, l'aphonie cessent immédiatement, le cri de l'enfant devient excellent, les convulsions ne se reproduisent plus, l'exophthalmie disparaît, et le lendemain on ne constate plus qu'un peu de paralysie faciale. Il est difficile de juger si l'affaiblissement musculaire existe encore à droite du côté des membres. Au bout de trois jours, l'épanchement sous conjonctival s'est résorbé. Toute trace de compression cérébrale s'est dissipée.

L'enfant tette bien, son état général est excellent. Nous n'avons plus à signaler que l'apparition, au cinquième jour, d'un abcès sanguin qui se montra deux jours après à la limite antérieure du collodion, c'est-à-dire en avant de la petite place du cuir chevelu. Ouverts, ces abcès guérissent rapidement.

Lorsqu'au bout de seize jours l'enfant quitte l'hôpital pour aller au Vésinet, la boîte crânienne a repris sa symétrie.

A la naissance il pesait 3290 grammes; à la sortie 3440 grammes.

OBSERVATION XII

(de Secheyron, consignée dans la thèse de Panzini)

Enfoncement cranien après l'application du forceps en droite postérieure. Paralyse faciale à droite, hémiplégie du côté droit.
(Résumée.)

Primipare, 24 ans. Ankylose de hanche gauche par coxalgie de l'enfance. Cuisse en adduction grosseur normale. Fatigue considérable dans les derniers temps.

En septembre 1895, M. Secheyron est appelé auprès d'une femme en travail depuis deux jours environ, rupture artificielle des membranes. Présentation du sommet, dos à droite. Bruits du cœur bons.

Applications du forceps sur la tête mobile au détroit supérieur, en O. I. D. P., bosse séro-sanguine très volumineuse.

L'introduction de la branche gauche, la première, en arrière se fait facilement. La branche droite est d'une application laborieuse après quelques tractions; en présence d'une saisie trop défectueuse la possibilité d'un dérapement décide M. Secheyron de procéder à une nouvelle application du forceps.

La tête s'étant engagée à la suite des premières contractions, il fait une application du forceps par le procédé, dit de renversement, et l'extraction de la tête s'opère sans difficulté.

L'enfant est vite ranimé, la tête présente un léger enfoncement du pariétal gauche, un peu au-dessous de la bosse pariétale. L'enfoncement dépend de la première application. La cuillère droite a marqué sa prise par son extrémité antérieure sur une longueur de 3 à 4 centimètres, la cuillère gauche, placée du côté droit de la tête, a laissé une légère empreinte et une petite égratignure très au-dessous de la bosse pariétale, à 2 centimètres environ de l'angle inféro-antérieur du pariétal droit. Une bosse séro-sanguine considérable existe au niveau de la région postérieure du pariétal droit.

Le lendemain, l'enfant présente une paralysie faciale à droite et une hémiplégie de même côté. L'enfant tette avec un peu de difficulté.

Les jours suivants l'enfant présente assez bon aspect mais un abcès

se forme au niveau de l'écorchure du pariétal droit; le pus est évacué.

Au huitième jour la dépression du pariétal gauche persiste encore quoique plus légère; les troubles paralytiques disparaissent et une intervention n'est pas jugée utile.

En juillet 1896. Disparition de la paralysie du membre inférieur et de la paralysie faciale. Parésie légère du bras droit.

OBSERVATION XIII

(de Pinard, consigné dans la thèse de Lepage).

Rétrécissement du bassin. Double application du forceps, faite par M. le professeur Pinard. — Enfoncement du pariétal droit. — Enfant vivant. — Paralysie faciale gauche, paralysie faciale gauche, paralysie du bras gauche. (Résumée.)

Deli... (J.), 24 ans, entre le 16 juin 1886 à six heures du matin, ayant des douleurs assez rapprochées, toutes les cinq à six minutes.

Présentation du sommet en O. I. G. T.; tête amorcée. Au toucher on constate que l'angle sacro-vertébral est facilement accessible. Le diamètre P. S. P. mesure 9^{cm}8.

La dilatation est complète à six heures du matin; la poche des eaux intacte descend de quelques centimètres au-dessous de la région fœtale, qui est peu engagée. La poche des eaux est rompue de suite avec le doigt, le liquide amniotique est peu abondant.

La tête s'amorce peu à peu; à 7 heures on atteint la fontanelle postérieure, à gauche. Les douleurs sont vives et rapprochées.

Malgré l'énergie des contractions utérines, la tête ne progresse pas elle paraît assez ossifiée.

A 10 h. 25 M. Pinard fait application du forceps, la branche gauche est introduite la première en arrière au niveau de l'angle sacro-vertébral sur l'oreille gauche et la ramène aussi près que possible de l'occiput; il introduit la branche droite à droite et à l'aide de mouvement de spire la ramène sur l'oreille droite. Il se propose ainsi de

fléchir la tête au risque de déraper. M. Pinard exerce des tractions modérées et continues; la tête descend peu à peu mais les cuillères ont de la tendance à glisser. Après quelques nouvelles tractions il sent que le forceps glisse et désarticule, et à 10 h. 35 fait une nouvelle application, à 10 h. 55 il extrait un enfant de sexe masculin pesant 3,500 gr. L'enfant naît en état de mort apparente; il ne respire pas. Les battements du cœur sont irréguliers. M. Pinard passe une demi-heure à ranimer l'enfant, il fait l'insufflation et emploie tous les moyens habituels (frictions, bains sinapisés, etc.).

La première respiration a eu lieu 10 minutes après l'accouchement. Le fœtus porte sur la tête les traces des deux applications du forceps, dans la première les deux branches sont appliquées un peu en arrière des oreilles; les cuillères n'embrassent qu'une partie de l'oreille. La seconde application est plus en avant; en avant de l'oreille droite existe un sillon qui marque la trace de la cuillère.

Il existe au niveau du frontal droit un enfoncement assez prononcé d'une profondeur d'un centimètre environ sur la largeur égale. L'enfant présente une paralysie faciale des plus accentuées du côté gauche.

Le 17 juin, l'enfant est dans la couveuse; la respiration est lente et irrégulière. Paralysie du membre supérieur gauche. L'enfant remue le membre supérieur droit lorsqu'on vient à le pincer, il ne tette pas, il est nourri à la cuillère.

Le 18, l'hémiplégie gauche est toujours très accentuée. L'enfant ne peut téter. L'enfoncement du frontal est toujours très appréciable.

Le 20, l'enfant commence à remuer le bras gauche, lorsqu'on le pince, il remue bien le membre inférieur gauche. La paralysie faciale est toujours très accentuée.

Le 22, L'enfant est sorti de la couveuse et commence à bien téter la mère.

Le 27. L'enfant tette bien, et pèse 3,100 grammes.

Le 30. L'enfant pèse 3,125.

Le 3 juillet. L'enfant pèse 3,190 grammes. Il n'existe plus aucune trace de la paralysie du côté gauche, sauf à la face; l'enfant fait toujours la grimace; lorsqu'il crie la commissure labiale droite est tirée en haut.

L'enfant et la mère sortent le 6 Juillet bien portants, l'enfant conserve seulement quelques traces de la paralysie faciale et un léger enfoncement du frontal droit.

OBSERVATION XIV

Accouchement gémellaire dans un bassin rétréci. — Deux versions podaliques. — Présentation des jumeaux. — (M. Majgrier, In Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, n° 3. — Séance du 6 avril 1898.)

La femme D... qui fait le sujet de cette communication est entrée à la Maternité de la Charité le 23 mars 1898, à 10 heures du soir, se plaignant de ressentir quelques douleurs dans le ventre.

C'est une domestique, âgée de 34 ans, secondipare.

Elle n'offre rien de particulier dans ses antécédents héréditaires, sinon qu'elle a une sœur qui est accouchée de deux jumeaux.

Elle est elle-même d'une bonne santé. Elle ignore à quel âge elle a marché. Réglée à 16 ans, et toujours normalement depuis, elle est accouchée à terme, une première fois, en 1888, à la Charité. Le travail a duré 20 heures, et on a dû faire une application de forceps, à cause, dit-elle, de l'étroitesse de son bassin; on lui a recommandé, si elle devenait de nouveau enceinte, de se faire examiner au cours de la grossesse sans en attendre le terme. L'enfant a été extrait vivant et, actuellement, il est bien portant.

Les dernières règles ont apparu du 16 au 23 juin 1897.

Cette seconde grossesse n'a d'abord rien présenté d'anormal. La femme est venue se faire examiner à la consultation de la Charité vers le 6^e mois, sans qu'à cette époque on ait d'autre prescription à lui faire que de l'engager à revenir de temps en temps. Mais elle ne s'est plus représentée que le 13 mars, à la fin du 9^e mois.

L'examen fait à l'entrée donne les résultats suivants : l'inspection du corps dénote des traces évidentes de rachitisme. Les tibias sont légèrement incurvés, et les fémurs rapprochés forment une parenthèse

peu marquée. Il y a une légère scoliose dans la région lombaire. Les bosses frontales sont saillantes. Le ventre est très volumineux.

Le palper montre que le fond de l'utérus atteint l'épigastre. Le volume considérable de cet utérus fait songer à une grossesse gémellaire. On trouve un fœtus se présentant par le sommet en O.I.D. ; la tête est mobile au détroit supérieur, le siège est en haut et à droite, et le dos à droite. Du côté gauche, on sent une masse dont les caractères sont assez difficiles à bien préciser. Il semble pourtant qu'il existe une 3^e extrémité fœtale au fond de l'utérus et à gauche, et un dos regardant à gauche.

A l'auscultation, on entend un premier foyer très net à droite et près de l'ombilic. Un second foyer, beaucoup plus sourd, masqué d'ailleurs par le souffle utérin, est découvert à gauche et en arrière.

Le toucher dénote un col court, perméable dans toute son étendue. Le doigt arrive difficilement sur une extrémité mobile qui paraît être un sommet. L'angle sacro-vertébral est accessible, et la mensuration digitale donne pour le diamètre promonto-sous-pubien 10 cm. 3. La face antérieure du sacrum est redressée dans sa moitié supérieure ; le bassin paraît généralement rétréci.

Le diagnostic de grossesse gémellaire est posé avec quelques réserves, et la femme, qui n'est pas en travail, est placée au dortoir des femmes enceintes.

Le travail débute franchement le 29 mars à 5 heures du soir, et la parturiente est conduite à la salle d'accouchements le 30 mars, à minuit 1/2. A ce moment la dilatation du col est d'environ 6 centimètres ; la lèvre antérieure est œdématiée ; la poche des eaux bombe fortement. La tête est très élevée, difficile à atteindre :

A 2 heures du matin, du liquide amniotique s'écoule, mais les membranes restent toujours tendues pendant les contractions, et l'on suppose que la rupture de l'œuf a dû se faire au-dessus du col.

Le palper, bien que rendu difficile par les contractions incessantes de l'utérus, fournit des signes assez nets de grossesse gémellaire. Indépendamment du 1^{er} fœtus qu'on trouve placé en O.I.D.P., on constate l'existence d'une tête située à gauche et au-dessous de l'ombilic. Les deux foyers d'auscultation sont assez bien perceptibles.

A partir du moment où les membranes se sont rompues, le travail marche lentement. Vers 6 heures, la dilatation devient presque complète, et le col est souple et dilatable. Le toucher montre que l'engagement ne fait aucun progrès. On sent toujours une tête mobile au détroit supérieur ; en la fixant avec une main placée sur l'abdomen, on arrive à trouver la suture sagittale dans le diamètre transverse, et très rapproché de la symphyse pubienne ; on sent la fontanelle antérieure à gauche. La tête est donc inclinée sur son pariétal postérieur et ma fléchie.

La situation reste la même, bien que les douleurs réapparaissent fréquentes, intenses, prolongées.

A 10 heures du matin, l'orifice est très souple, complètement dilatable ; la tête n'a aucune tendance à s'engager. Les efforts d'expulsion sont nuls.

Je me décide alors à intervenir. En raison de l'élévation et de la mobilité de la tête, il ne peut être question d'appliquer le forceps. C'est à la version qu'il faut recourir, malgré la difficulté que peut présenter cette opération par le fait de la présence d'un second jumeau dans l'utérus.

La femme étant chloroformée, j'introduis la main droite et, à peine entré dans la cavité utérine, je sens, à gauche, et au-dessus de la tête placée au détroit supérieur, une seconde tête que je repoussé facilement. En suivant exactement le plan antérieur du premier fœtus, j'arrive à l'un de ses membres inférieurs, et je peux saisir un pied. J'éprouve quelque peine à abaisser ce pied dans le vagin ; c'est le pied antérieur ; j'y fixe un lacs et j'exerce des tractions qui amènent assez facilement le siège à la vulve. L'extraction ne présente pas de difficultés jusqu'à la tête ; les bras relevés sont dégagés, et je constate alors que la tête dernière est arrêtée au détroit supérieur, l'occiput à gauche, le front à droite. Je fais la manœuvre de Champetier de Ribes, en introduisant un doigt de la main gauche dans la bouche, et en tirant avec l'autre main appliquée sur les épaules en bas et en arrière, pendant qu'un aide pratique l'expression frontale à travers la paroi abdominale. Un brusque ressaut indique que la tête est descendue dans l'excavation ; je fais alors la rotation et je termine rapidement l'extrac-

tion. L'enfant est en état de mort apparente. On s'occupe de le ranimer, après avoir sectionné le cordon entre deux pinces, et on y parvient facilement.

Reste le 2^e jumeau, dont la tête est maintenant dans la fosse iliaque gauche, le siège dans l'hypochondre droit et le dos à gauche. J'introduis la main gauche dans l'utérus, et je romps les membranes du second œuf. J'arrive sur le pied gauche que j'attire au dehors; le siège apparaît à la vulve; mais le membre inférieur droit est relevé; je place alors un doigt en crochet dans l'aîne, tout en tirant sur le membre inférieur gauche déjà sorti. Bien que je n'exerce ces tractions qu'avec lenteur et sans secousses, sans déployer la moindre force, je suis très surpris d'entendre un craquement sec qui m'indique que le fémur droit vient de se casser. Je continue l'extraction du siège, et je m'aperçois alors que le membre fracturé était non seulement relevé, mais tordu sur lui-même, en abduction et en rotation en dehors, de telle sorte que la jambe reposait sur le dos du fœtus : c'est à cette situation vicieuse de la cuisse qu'il faut évidemment attribuer la cause de la fracture. Le tronc et les épaules sont dégagés ensuite, puis les bras, et la tête reste arrêtée au détroit supérieur, défléchie, l'occiput étant tourné à droite et le front à gauche.

Je fais de nouveau la manœuvre de Champetier. Elle est plus pénible que pour le premier jumeau, et l'aide doit exercer sur le front des pressions vigoureuses pour que la tête descende enfin brusquement dans l'excavation. Je termine par la manœuvre de Mauriceau; j'extrais un second enfant, né également en état de mort apparente, et facilement ranimé; il porte sur la région pariétale gauche un enfoncement considérable.

Les deux enfants sont du sexe masculin. Le premier pèse 2.980 grammes et a une longueur de 49 centimètres.

Voici les diamètres de sa tête :

O. M.	13.2
O. F.	11.8
S. O. Br.	10.8
Bi P.	9
Bi T.	8

Il a sur le côté droit du crâne, dans la région fronto-pariétale, une légère dépression à peine marquée.

Le second pèse 2.400 grammes, mesure 49 centimètres et a les diamètres suivants :

O. M.	12.5
O. F.	11.6
S. O br	10
Bi P.	8.5
B. T.	8

Après examen on constate que chez cet enfant, la cuisse droite est fracturée à l'union du 113 supérieur avec les 213 inférieurs de l'os. L'enfoncement qui siège sur le piétal gauche présente les caractères suivants. C'est une dépression en forme de cuiller, d'une profondeur de 2 centimètres environ. Limité en avant par la suture fronto-piétrale, en-arrière par un rebord saillant, au niveau duquel le pariétal semble fracturé, en bas par une ligne circulaire située à 2 centimètres au-dessus de l'oreille, en haut par la suture sagittale, cet enfoncement, qui occupe la moitié antérieure du pariétal, a une longueur de 5 centimètres sur 7 centimètres de hauteur.

La délivrance tardant à se faire, j'ai dû la pratiquer artificiellement. L'examen du délivré a montré qu'il s'agissait d'une grossesse univitelline. Il y a en effet une placentaire unique du poids de 900 grammes, un chorion commun et deux amnios, et de larges anastomoses vasculaires existent sur la face fœtale du placenta entre les deux circulations. Les fœtus, de même sexe, sont inégalement développés.

J'ajoute qu'il résulte de la disposition des membranes qu'ils étaient superposés obliquement l'un à l'autre.

Voici ces deux jumeaux que je vous présente. Tous deux sont en excellent état; allaités par leur mère, ils ont actuellement sept jours; l'aîné a augmenté de 145 grammes et le second de 220 grammes.

Ce dernier porte un petit appareil silicaté qui immobilise sa cuisse fracturée et son bassin. Malgré l'étendue et la profondeur de sa dépression crânienne, il ne présente pas de phénomènes anormaux, ni paralysies, ni strabisme, ni convulsions, aucun trouble apparent de la sensibilité. Aussi me suis-je jusqu'à présent gardé de toute interven-

tion. On sait d'ailleurs que ces enfoncements peuvent à la longue se redresser spontanément. Quant à l'état de la mère, il est excellent.

En terminant, je tiens à faire ressortir les particularités intéressantes de cette observation :

1^o La version était tout à fait indiquée, malgré les difficultés d'exécution que peut présenter cette opération lorsqu'il existe deux jumeaux dans l'utérus. Elle m'a permis d'amener au monde deux enfants vivants dans un bassin rachitique de 8 cm. 8 toute déduction faite.

2^o L'enfoncement que présente le second jumeau sur son pariétal gauche est dû à la pression de la tête contre la saillie du promontoire. Ce sont là des faits bien connus sur lesquels je ne veux pas insister; mais le fait vraiment remarquable ici est celui-ci : le premier jumeau, le plus gros, celui dont la tête est la plus volumineuse n'a présenté aucune lésion crânienne: le second, qui a la tête plus petite, a subi au contraire un traumatisme considérable de la part du bassin. C'est là un fait qui peut tenir à des causes de divers ordres. D'abord la tête ne s'est pas dégagée de même dans les deux cas; dans le premier l'occiput regardait à gauche, dans le second il était tourné à droite, et cette orientation différente a dû avoir une certaine influence sur la production de l'enfoncement. D'autre part, la tête du second jumeau étant moins développée, ses os moins ossifiés ont dû offrir moins de résistance aux pressions du bassin et se laisser déprimer plus facilement.

3^o En dernier lieu, je ferai remarquer la facilité avec laquelle la cuisse s'est fracturée par le simple fait de l'attitude vicieuse dans laquelle elle était placée. Ces fractures guérissent d'ailleurs très rapidement chez les nouveau-nés; il suffit de maintenir pendant quelques jours le membre dans une rectitude parfaite à l'aide d'un petit appareil inamovible; on obtient ainsi une consolidation exempte de toute déformation.

Nota. — Le 28 avril, nous avons pu voir l'enfant, à l'asile Ledru-Rollin à Fontenay-aux-Roses, il pesait 3.475 grammes. L'enfoncement persistait encore, la mère de l'enfant nous a dit qu'il était bien moins accentué, que les premiers jours de l'accouchement.

Nous avons trouvé que l'enfoncement avait à peu près les mêmes mesures en largeur et en hauteur que celles données par M. Maygrier.

OBSERVATION XV.

De M. le professeur Secheyrou, de Toulouse, in thèse de Pautzini, Toulouse, 1896.

Application défectueuse de forceps Tarnier. — Saisie irrégulière de la tête du fœtus par suite d'une erreur de diagnostic. — Enfoncement crânien consécutif. — Intervention. — Trépanation. — Guérison. — Résumé.

Le 27 mars, je suis appelé auprès d'une jeune primipare, âgée de 22 ans, en couches depuis deux jours. La jeune femme est robuste, de petite taille, bien conformée; toujours en bonne santé.

Le début de travail, le 24 mars du soir, la poche des eaux est rompue; les douleurs sont très violentes; le 26 au soir la dilatation du col était de 8 centimètres.

Le 27, à 6 heures du matin, la femme est lasse, brisée de fatigue; les douleurs sont rares. Le col de l'utérus offre une dilatation à peine suffisante pour permettre l'application du forceps. L'engagement de la tête n'est pas complet, la suture sagittale est plus rapprochée du pubis que de la concavité sacrée. La tête paraît défléchie. Les battements du cœur paraissent faibles, on fait une application du forceps Tarnier en oblique sur la tête en O. S. D. A., la branche droite est introduite la première en arrière et à droite; la branche gauche la seconde et à gauche son application est assez laborieuse. La saisie de la tête est défectueuse, oblique dans le sens du diamètre bi-pariétal. L'articulation s'effectue néanmoins sans trop de difficulté. Malgré la mauvaise prise on essaye la traction, en raison de ce que les battements du cœur sont très faibles. La descente de la tête est fort pénible, et en suivant du doigt on ne tarde pas à s'apercevoir de l'erreur de diagnostic, on constate en même temps un enfoncement au niveau de la

cuiller droite. La tête toutefois est descendue dans l'excavation. Une nouvelle application est faite, la tête étant en O. S. G. P., sans difficulté. L'excavation de la tête se fait facilement.

L'enfant du sexe féminin pèse 2.500 environ (B. P. 10 centimètres), pousse quelques cris et respire quelques minutes après la naissance. Son état n'est pas si alarmant qu'on aurait pu le supposer; l'enfant présente un enfoncement cranien à demi-caché par un rapide épanchement sous-cutané. Cet enfoncement couvre un cercle d'un diamètre de 35 millimètres; il ressemble à un godet énorme, à un entonnoir dont le fond aurait à la partie la plus déclive une profondeur de près d'un centomètre et demi. Ce point est très facile à trouver, il est nettement marqué, et l'on comprend parfaitement que la pression limitée en cet endroit a entraîné le pariétal, dont la surface convexe est devenue concave; la trace du bec de la cuiller correspond au centre de la dépression, cet enfoncement siège un peu en avant et au-dessous de la bosse pariétale, non loin de l'angle antéro-supérieur du pariétal gauche.

L'enfant est gardé dans la maison, réuni à une nourrice le lendemain de la naissance. Le premier jour l'enfant pleure, pousse quelques cris; il n'offre ni convulsions, ni paralysie. Le lendemain il tette avec facilité; l'état de l'enfoncement est identique à celui de la veille.

Dans les jours qui suivent, la nourrice se plaint que son nourrisson s'endort au sein, qu'il crie à peine, que ses cris sont plaintifs et reviennent avec insistance; elle a surpris quelques mouvements convulsifs au bras droit, qui n'est pas paralysé; mais retombe plus lourdement que le bras gauche.

En présence de ces troubles, l'enfant est opéré le troisième jour de sa naissance. Après savonnage de la tête, lavage à l'alcool salolé de la région à opérer, une incision de 3 centimètres environ est pratiquée perpendiculairement à la suture sagittale, à deux centimètres de la suture fronto-pariétale et parallèlement à celle-ci. La partie moyenne répond au point le plus déprimé. Un liquide séro-sanguin s'écoule; avec une bistouri à résection on trace une incision de un centimètre environ. On incise l'os sur une longueur de quelques millimètres et un liquide séreux un peu sanguinolent s'écoule (un ou

deux grammes) et à l'aide d'un levier à curette pour l'oreille, introduit par l'extrémité à pointe mousse dans l'orifice osseux, on essaie de relever l'enfoncement.

L'instrument appliqué contre la surface interne de l'os sur une longueur de un centimètre environ permet d'agir à la façon d'un levier, de prendre un point d'appui suffisant pour soulever l'os en tirant sur l'instrument. Au second essai l'os s'est relevé brusquement, et, d'un coup, la convexité du crâne est rétablie. Trois points de suture et un pansement antiseptique complète l'opération.

Aussitôt après, l'enfant est repris par la nourrice, qui est toute surprise de lui voir prendre le sein avec une avidité et une force qu'il n'avait pas témoigné encore et de l'entendre crier avec énergie. On voit nettement que l'amélioration immédiate est évidente.

L'enfant est emporté à la campagne, mais faute de soins il est mort le 10 juillet de la diarrhée.

OBSERVATION XVI

(Smith, In American journal of Obstetric, mai 1893.)

Mme J. S..., de taille petite, a été accouchée déjà deux fois par le forceps, sans lésions du côté des enfants.

Dans la troisième grossesse, l'enfant se présentait par le sommet en D.A. M. Smith a fait une application du forceps en oblique au détroit supérieur ; l'une des cuillers a été appliquée sur la bosse frontale gauche, l'autre au-dessus de l'oreille droite. Pendant la traction, il a eu la sensation d'un glissement brusque du forceps ; après l'accouchement, la tête de l'enfant présentait une dépression de la bosse frontale droite, dont le plus grand axe passait un peu en arrière de la réunion de la suture sagittale avec la suture frontale et se dirigeait en avant, en bas et en dehors, il mesurait trois *inches* (75 millimètres) de longueur, sa largeur était de deux *inches* (5 centimètres) et sa profondeur était de un *inches* et demi (35 millimètres) environ. L'enfant était

bien développé, volumineux, mais il était très agité et il criait tout le temps.

Le quatrième jour, on s'est décidé à intervenir, l'enfant a été endormi; on a fait une incision transversale à l'axe de la dépression, puis on a coupé avec la scie de Hey, l'os et avec un levier, appliqué successivement sur plusieurs points du bord de l'incision, on a soulevé l'enfoncement. Une longue esquille a été retirée.

Il y a eu une légère hémorrhagie d'origine veineuse; aussitôt après l'opération, l'enfant avait dormi très bien, il a été très calme.

La réunion de la plaie s'était faite par première intention. Un mois après l'opération, l'enfant se portait très bien.

M. Smith a attribué la cause de la dépression à la mauvaise application du forceps, qui a eu pour but de porter la bosse frontale droite contre la forte saillie que faisait le promontoire.

OBSERVATION XVII

Grossesse gémellaire. — Premier enfant, présentation du siège. — Deuxième enfant, présentation du sommet. — Obstacle à l'accouchement dû à l'engagement de la tête du second fœtus avant la sortie complète du premier. — Mort des deux enfants. — Déformation. — In thèse Budin, Paris 1876; (Obs. résumée.)

Catherine B..., 29 ans, éprouve les premières douleurs le 14 novembre 1875, à 8 h. 11² du matin. Travail lent. Vers 2 h. 45 du soir, administration de 2 grammes de seigle ergoté. Au bout d'un quart d'heure, le siège sortit et le tronc descendit lentement. La partie supérieure du tronc restait élevée, l'enfant commençait à souffrir, la sage-femme exerça des tractions et parvint enfin, avec beaucoup de peine, à dégager les épaules. Mais la tête ne venait pas; le tronc était sorti en S.I.G.A., l'épaule gauche était en avant, l'épaule droite en arrière, l'occiput était dirigé vers la gauche, le menton vers la droite. Au bout de 7-8 minutes, après des efforts considérables, mais infructueux, la sage-femme me pria d'intervenir. Soutenant le fœtus de la main droite, j'introduisis la main gauche dans les parties génitales, je la glissai sur

la face antérieure du cou et j'atteignis le larynx ; j'arrivai ensuite, avec beaucoup de difficulté, jusqu'au menton sans pouvoir le dépasser ; ce menton était repoussé très fortement en avant au-dessus de la symphyse pubienne. A quoi pouvait tenir cette situation ? Je reportai la main en arrière, je sentis tomber la deuxième poche des eaux ; en la déprimant légèrement, j'arrivai sur la tête d'un second fœtus qui était placé en arrière et à droite. C'était la présence de cette seconde tête qui, engagée au-dessous de la première, empêchait son extraction. J'essayai de repousser cette seconde tête qui gênait la sortie de la première. Après 3 ou 4 minutes d'efforts soutenus, je sentis cette tête glisser et remonter complètement au-dessus du détroit supérieur. Je retirai alors la main et la sage-femme essaya d'extraire la première tête. Elle put introduire deux doigts dans la bouche de l'enfant ; s'attendant à rencontrer quelque résistance, elle tira fortement et la tête sortit tout d'un coup, obliquement.

Après 30 minutes d'efforts, l'enfant était ramené à la vie ; mais, dans la soirée, il eut des convulsions et il succomba à 3 heures du matin.

Sa tête était aplatie transversalement et il existait sur le côté droit à l'union du frontal et du pariétal, près de la base, un peu au-dessus de l'endroit où le frontal, le pariétal et le temporal se rencontrent, une dépression, un enfoncement très marqué qui correspondait au point où s'appliquait la tête du second fœtus. Sur le côté gauche, on trouvait un léger sillon résultant de la pression sur la partie antérieure du pourtour du bassin, sur les deux branches horizontales du pubis. A l'autopsie du premier enfant, il existait des taches ecchymotiques nombreuses sur le péricarde viscéral ; les deux poumons, le foie, les reins étaient très congestionnés. Dans la cavité crânienne, il existait une congestion très intense ; les vaisseaux de la pie-mère étaient gorgés d'un sang noir très épais, mais il n'existait aucune hémorrhagie. Les os du crâne n'étaient le siège d'aucune fracture.

Le second enfant présentait le sommet ; en pratiquant le toucher, à travers les membranes, on sentait sur la convexité du crâne un enfoncement profond. L'un des quatre os qui aboutissent à la fontanelle antérieure était si déprimé qu'il existait là un creux triangulaire

dans lequel pénétrait l'extrémité du doigt. Un quart d'heure après la sortie du premier enfant, le second fut expulsé sans que les membranes se soient rompues. On les déchira et on en retira le fœtus qui était mort. Il fut impossible de le ranimer.

La tête du second enfant qui présentait le sommet était plus déformée que la première ; son occiput était dirigé aussi en arrière, mais était en rapport avec la symphyse sacro-iliaque droite ; sa face regardait en avant et en haut. La région latérale gauche de la tête était en rapport avec la moitié latérale droite du bassin et la région latérale droite tournée à gauche vers le centre du bassin, était en rapport avec la tête du premier enfant. De ce côté, le frontal droit du deuxième fœtus s'appliquait très fortement sur la région pariéto-frontale droite au premier. C'était ce frontal droit qui, très profondément déprimé, formait, grâce à la mobilité de son extrémité libre, un véritable trou triangulaire, qui se terminait à la fontanelle antérieure.

A l'autopsie du second enfant on ne trouva aucune lésion du crâne, aucune fracture, aucune fissure, il y avait un peu de congestion des méninges et du cerveau ; il n'existait aucune hémorrhagie.

OBSERVATION XVIII

Rétrécissement du bassin. — Accouchement spontané. — Enfoncement du crâne du fœtus. — (In thèse Budin, Paris 1876.)

Treslon, âgée de 34 ans, célibataire, couturière, entre à la Maternité le 8 janvier 1875, un quart d'heure après-midi. Cette femme, petite, rachitique, ayant une incurvation très marquée des cuisses et moins marquée des jambes, ne présente aucune déviation de la colonne vertébrale. Elle est enceinte pour la quatrième fois ; elle a déjà mis au monde deux garçons et une fille. Les deux premiers enfants, bien que nés à terme, étaient peu volumineux ; pour l'accouchement du dernier, qui était plus gros, on dut l'endormir et elle ignore quelle opération fut pratiquée, probablement une application du forceps ; l'enfant fut extrait vivant : il succomba deux jours plus tard.

Les règles sont apparues pour la dernière fois du 6 au 8 avril 1874.

Les premières douleurs surviennent dans la nuit, la rupture des membranes se fait spontanément à 7 heures du matin, la dilatation était grande comme une pièce de 1 franc.

A l'examen de la femme, on trouve, par le palper, la tête au niveau du détroit supérieur, le siège en haut et à droite, le dos dirigé en avant et à gauche. A l'auscultation, on entend le maximum des bruits du cœur au-dessus de l'ombilic et à gauche. Au toucher vaginal on trouve la tête au-dessus du détroit supérieur. L'angle sacro-vertébral fait une saillie très marquée. Le diamètre P.S.P. mesure 85 millimètres. L'accouchement spontané eut lieu le même jour, 8 janvier, à 3 heures du soir. Délivrance naturelle à 3 h. 20.

L'enfant était du sexe féminin et naquit vivant; elle pesait 2,450 grammes. Sa longueur totale était de 48 centimètres. La tête mesurait les diamètres suivants : O. M. 12 1/2. — O. F. 10. — Ss. O. Br. 8.

Sur la partie antérieure du crâne, sur le frontal gauche existe un enfoncement assez considérable. Cet enfoncement commence à partir de l'angle externe gauche de la fontanelle bregmatique. Il y a une forme à peu près ovalaire et mesuré : 4 cent. 1/2 dans son plus grand diamètre qui est oblique de haut en bas et de dedans en dehors; 2 cent. 1/2 dans son plus petit diamètre et 5 millimètres environ de profondeur, lorsqu'on applique une feuille de papier sur le crâne pour le constater. Près de la suture qui sépare les deux frontaux existe une lame osseuse qui est intacte. — L'enfoncement part de la suture fronto-pariétale.

Du côté opposé, c'est-à-dire du côté droit, il existe une dépression de la partie inférieure du pariétal; cette dépression paraît plus marquée à cause de la saillie que fait le bord supérieur de l'écaille du temporal.

L'enfoncement du frontal gauche avait, sans aucun doute, été produit par la saillie que faisait l'angle sacro-vertébral. La dépression du pariétal droit devait correspondre au point qui était appliqué sur la symphyse pubienne. Du reste, la bosse séro-sanguine siégeait en arrière et à droite de la tête. Le diamètre bi-pariétal, mesuré dix minutes après l'accouchement, était de 8 centimètres. Un diamètre

s'étendant de la dépression à droite au centre de l'enfoncement du frontal gauche mesurait également 8 centimètres. L'enfant n'offrait aucune trace de paralysie du côté droit, aucune déviation ; les pupilles également dilatées.

9 janvier, matin. — Aucune paralysie apparente, mais l'enfant a vomi plusieurs fois depuis la veille. T.R. 36.2. Les vomissements, quoique moins fréquents, ont persisté chez l'enfant. En le pesant le 16 janvier, on constate un amaigrissement de 200 grammes depuis sa naissance : il n'existe aucun phénomène de paralysie.

Douze jours après sa naissance il sortit bien porsant.

OBSERVATION XIX

(de M. Dutrait. Lyon médical, 1875).

Enfoncement du crâne pendant l'accouchement, chez une femme ayant déjà présenté le même phénomène.

Louise Letaid, 32 ans, bonne constitution, accouche une première fois, il y a six ans à la clinique obstétricale. Après un travail de 70 heures environ, pendant lequel on n'est pas intervenu, probablement parce que l'enfant était mort. M. Bouchacoûrt applique le forceps.

En janvier 1873, cette femme rentre à la maternité de la Croix-Rousse. On entend le bruit du cœur ou d'élection de la première position. Le travail se prolonge sans engagement plusieurs heures après la dilatation complète. On rompt la poche des eaux en faisant accroupir la femme sur le vase. Une douleur se produit. A peine a-t-on replacé la malade sur le lit que l'enfant est brusquement expulsé franchissant sans temps d'arrêt, les deux détroits du bassin.

M. Chaboux a présenté à la Société des sciences médicales (séance de janvier 1873), l'observation de ce cas, voici le résumé de l'autopsie qu'il a pratiquée.

La tête présente un enfoncement quadrangulaire sur la face antérieure du frontal gauche, enfoncement dirigé transversalement et dont les dimensions sont 3 centimètres de long, sur 2 centimètres de

large et moins d'un centimètre de profondeur. Il n'y a pas de fracture, à proprement parler, mais simple enfoncement. Petits épanchements sanguins entre le péricrâne et aponévrose épicroanienne.

Thrombus gélatineux 15 grammes de sang répandu entre le lobe cérébral. A la dure-mère, le lobe conserve l'impression de l'enfoncement; la pie-mère est infiltrée, le système nerveux engorgé de sang. L'enfant était à terme : M. Chaboux ne nous indique pas son poids, mais nous avons pu d'ailleurs nous assurer qu'il était tout à fait petit.

Lundi, le 14 décembre, la femme Latard se présente de nouveau à la maternité en accusant des douleurs depuis le dimanche matin. Le mardi à sept heures du matin le travail était toujours au même point. La malade marchait quand tout à coup elle sent le besoin d'aller à la chaise. Une douleur très vive la surprend, les membranes se rompent et laissent échapper le cordon dont on n'avait pas diagnostiqué la présence.

Immédiatement la sœur se met en devoir de le réduire. Elle échoue aussi bien que dans la version qu'elle tente de pratiquer. On vient nous prévenir; nous constatons que la tête est fort en haut et que l'angle sacro-vertébral fait une saillie très accessible, et que le pubis porté en arrière, est incliné de haut en bas et d'arrière en avant (M. Chaboux avait évalué le rétrécissement à 9 centimètres).

C'est en vain, qu'aidé de notre collègue Blanche, nous avons essayé la version à plusieurs reprises, la tête est fixée dans sa position; on ne peut ni la faire remonter, ni introduire la main, excepté à droite où se trouve un vide assez large pour permettre l'accès jusqu'à une épaule. Pendant que nous envoyons prévenir M. Fochier, nous tentons l'application du forceps qui ne peut réussir, car on ne pouvait saisir la tête par le diamètre bi-partétal et la branche femelle est très difficile à introduire entre le col qui avance beaucoup et la tête serrée par le bassin. M. Fochier fait éthérer la malade. Quoique en procidence depuis plus d'une heure le cordon vit toujours mais faiblement. Après d'assez grandes difficultés, M. Fochier réussit à faire franchir le détroit supérieur, mais à un certain moment il sent nettement, quelque chose qui cède. Croyant que son forceps glisse, comme deux fois déjà il

s'assure de la position et trouve la tête descendue. C'est à ce moment que c'est produit l'enfoncement.

Perte utérine abondante (compression de l'aorte, excitation de la muqueuse avec la main) qui cède à l'introduction d'un morceau de glace. Les efforts pour ramener l'enfant à la vie sont stériles.

Autopsie ; L'enfant est bien constitué, volumineux, poids 3 kilog. 760 gr. Il présente à la partie antérieure du frontal gauche une dépression très marquée, en partie comblée cependant par un épanchement sanguin. A ce niveau les tissus sont fortement infiltrés, et un caillot assez volumineux les sépare du périoste. Trombus très étendus, surtout en avant. Infiltrations sanguines en plusieurs endroits de l'épicroâne. L'enfoncement est triangulaire, le plus grand côté est parallèle à la suture fronto-pariétale le plus grand angle siège sur la bosse pariétale. On y remarque trois fractures au niveau des plis osseux, deux sont plus marqués en dehors, la troisième est plus apparente à la partie interne. La dure-mère n'est pas rompue. Les parties déprimées mesurent 6 centimètres de long sur 38 millimètres de large et 10 — 11 millimètres de profondeur. Ces dimensions sont sensiblement doubles à celles notées par M. Chaboux, mais il faut remarquer que le dernier fœtus est beaucoup plus gros et a la tête assez volumineuse.

En ouvrant le crâne, une grande quantité de sang s'échappe, le cerveau reste déprimé d'une grande quantité en rapport avec l'étendue de l'enfoncement du crânien, la pie-mère est fortement infiltrée, et un caillot la sépare de la dure-mère, on ne trouve pas de déchirures notables. A la suite du dernier accouchement, la malade eut un phlegmon de la fosse iliaque gauche et 3 mois après elle est morte de cachexie.

L'autopsie a été faite par M. Géraude et publiée dans le n° 21 de Lyon médical de 1875.

Le bassin est rétréci par aplatissement antéro-postérieur. La surface antérieure du sacrum est un peu convexe dans l'étendue des trois premières vertèbres sacrées légèrement concave au niveau des deux dernières, le coccyx s'articule presque à l'angle droit avec le sacrum. Le promontoire est fortement déjeté à droite.

Voici du reste les diamètres :

DÉTROIT SUPÉRIEUR

Diamètre sacro-pubien, qui est le minimum.....	76 millimètres.
— sacro-cotyloïde gauche.....	86 —
— — droit.....	66 —
— transverse.....	150 —
— oblique gauche.....	188 —
— — droit.....	125 —

DÉTROIT INFÉRIEUR

Du sommet du sacrum au pubis.....	132 millimètres.
— du coccyx.....	88 —
Diamètre bi-ischiatique.....	125 —

AUTRES DIMENSIONS

Hauteur du sacrum (en ligne droite).....	105 millimètres.
— de symphyse.....	41 —
— au niveau de la tubérosité escheatique....	85 —
Du promontoire à l'extrémité inférieure de la symphyse.....	98 —
De l'union de la première à la deuxième vertèbre sacrée inférieure à la symphyse.....	93 —

OBSERVATION XX

de M. le docteur Thierry, interne du service du professeur Depaul, consigné dans la thèse de Nadaud.

S..., Marguerite, 28 ans, entrée le 11 décembre 1866, à l'hôpital Necker, salle d'accouchement, service de M. le docteur Potain.

Première grossesse, conformation normale du bassin. Apparition des premières douleurs, le 10 décembre.

Lenteur et irrégularité des contractions utérines.

Dans la nuit du 11 au 12, rupture spontanée de la poche des eaux, la tête était en O. S. G. A. au-dessus du détroit supérieur : application du forceps au détroit supérieur ; appliqué une première fois, il glisse à la première traction, il est ensuite appliqué de la façon suivante :

Branche gauche sur le temporal, embrassant l'oreille gauche sur sa concavité.

L'enfant naît asphyxié, il est ranimé par l'insufflation et l'électricité. Sur le front droit, on remarque une dépression sans plaie causée par le rebord de la branche droite du forceps.

Le 13, on constate une paralysie faciale gauche. L'enfant avale le lait qu'on lui met dans la bouche, mais il ne peut pas prendre le sein.

Le 14, convulsions dans la matinée; mort à 11 heures du matin.

Autopsie. — Infiltrations séro-sanguines considérables des téguments du crâne, vascularisation très prononcée des os et du crâne.

A la face interne de la bosse pariétale droite, caillot mou, noirâtre, sous forme d'une large nappe entre les os du crâne et la dure-mère. Quelques foyers sanguins dans la cavité d'arachnoïde. Couche peu épaisse du sang coagulé, recouvrant la face externe de l'hémisphère gauche.

On ne trouve rien au niveau du rocher, rien sur le trajet du nerf facial.

A gauche et en arrière du trou occipital, une portion de la circonférence de l'écaille temporale a déchiré le feuillet interne de la membrane qui unit les lames osseuses du crâne chez le fœtus et fait saillie dans la cavité crânienne.

OBSERVATION XXI

de M. Danyau, in Journal de Chirurgie pratique, en 1843

Deuxième grossesse. — Rétrécissement du bassin. — Accouchement spontané. — Dépression considérable et double fracture du pariétal gauche. — Enfant vivant et d'ailleurs en bon état, mort dix-huit jours après sa naissance, du muget confluent complique d'entérite.

La nommée Bras..., âgée de 24 ans, petite, mais bien conformée, a toujours été bien portante, dit avoir marché de bonne heure, et présente dans son squelette aucune trace de rachitisme. Elle est accouchée

une première fois naturellement d'un enfant qui n'était pas tout à fait à terme, mais très viable, et qui a vécu. Le travail avait duré quarante-huit heures, il ne fut rien observé de particulier sur la tête de cet enfant au moment de sa naissance.

Le 11 juin 1842, à 5 heures du soir, cette femme est en travail depuis trente-une heures, entra à la Maternité. Les contractions étaient faibles, l'orifice peu dilaté, les membranes entières, la tête élevée (première position du sommet). Ce ne fut qu'un peu plus tard qu'on reconnut la projection de l'angle sacro-vertébral. A 8 heures et demie, la dilatation de l'orifice de l'utérus était complète, les membranes se rompirent et les contractions devinrent plus énergiques, sous l'influence de ces contractions, la tête poussée sur le détroit supérieur, y resta appliquée et à peine engagé pendant plus d'une heure. Tout à coup deux contractions excessivement fortes la firent descendre qui parvint à la vulve immédiatement après.

L'expulsion de l'enfant se fit alors avec rapidité. Il naquit un peu étonné, mais fut ranimé tout de suite. Il était bien développé, paraissait à terme; la dernière époque menstruelle avait eu lieu le 21 septembre. Il pesait 3 kilogrammes. Le pariétal gauche était profondément déprimé. Lorsque je vis cet enfant le lendemain matin, il existait un peu de gonflement, pâteux au niveau de la dépression et un peu de rougeur du cuir chevelu.

J'examinai cette dépression avec beaucoup de soin; et je constatai qu'elle occupait une surface irrégulièrement circulaire, de deux pouces de diamètre antéro-postérieur et vertical; qu'en avant elle s'étendait jusqu'à la suture fronto-pariétale; en haut jusqu'à quatre lignes de la suture bi-pariétale, en bas à un pouce de la partie supérieure du pavillon de l'oreille, en arrière à dix-sept lignes de la fontanelle postérieure. Le point correspondant de la bosse pariétale était au niveau de la partie postérieure et supérieure de la dépression. La partie la plus profonde de la dépression était de quatre lignes au-dessous de la partie non déprimée. La surface déprimée était solide; sa largeur ainsi que l'absence de toute mobilité, de toute crépitation excluaient l'idée de fractures concomitantes. Nous verrons cependant que les os n'étaient pas intacts.

Les mesures prises sur la tête de l'enfant sont les suivantes :
O. M. = 4 pouces 6 lignes 1/2; OF = 4 pouces 2 lignes. S. O.
Br = 3 pouces 9 1/2 lignes.

Du centre de la dépression à gauche, à la partie inférieure du pariétal droit : 2 pouces et 2 lignes 1/2.

De la bosse pariétale droite à la partie inférieure du pariétal gauche immédiatement au-dessous de la dépression = 3 pouces et 4 lignes.

Voici d'un côté les mesures prises chez la mère qui sortit parfaitement rétablie au bout de quelques jours.

Bassin. D'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre — 8 pouces et 10 lignes.

De la partie la plus élevée de la crête iliaque d'un côté au point immédiatement opposé = 9 pouces et 3 lignes et 1/2.

Diamètre sacro-pubien par le toucher vaginal 3 pouces 4 lignes.

Diamètre sacro-pubien par le compas d'épaisseur de Baudelocque 3 pouces 3 lignes.

L'enfant fut un peu souffrant et abattu le lendemain de sa naissance et refusa à téter; mais cet état ne fut que passager et sa santé ne cessa pas d'être très bonne sous tous les rapports tant qu'il resta à la Maternité. Lorsque au bout de huit jours, il fut transporté à l'hospice des Enfants trouvés, la dépression n'avait pas diminuée; elle semblait même d'avoir augmentée, apparence trompeuse qui dépendait de la disparition du gonflement pâteux des téguments.

Peu de temps après son entrée à l'hospice des Enfants trouvés, l'enfant fut pris d'un muguet confluent, compliqué d'entérite, et succomba le 29 juin à 10 heures du soir, dix-huit jours après sa naissance.

L'autopsie à laquelle j'assistai démontra que la dépression ne s'était pas relevée, que le cerveau était déprimé dans une étendue correspondante à la dépression du pariétal mais n'avait pas d'ailleurs subi la moindre altération.

Il n'y avait ni déchirure, ni ramollissement, pas même infection de la substance cérébrale. La dure-mère était également parfaitement intacte et tout à fait saine. Deux fractures qui n'avaient pu être soupçonnées pendant la vie existaient au pariétal, toutes deux partant de

la circonférence de la dépression et aboutissant à la suture sagittale, l'une postérieure et oblique qui avait quinze lignes de longueur, l'autre presque verticale, se terminant à la partie moyenne du bord supérieur de l'os et qui n'avait que sept à huit lignes d'étendue. Les bords de ces deux fractures étaient écartés d'une ligne environ, et l'intervalle était rempli par un tissu osseux de nouvelle formation très mince et très délié. Enfin une toute petite fissure de trois lignes, partant de la partie antérieure et inférieure de la dépression allait se terminer au bord antérieur de l'os.

Quoique les os du crâne seraient uniformément minces, facilement dépressibles et assez élastiques, on fracturerait plutôt la partie déprimée qu'on ne parviendrait à la relever. La solidité de cette portion a été augmentée par le dépôt, sur les deux faces d'une nouvelle couche osseuse assez régulière à l'extérieur, moins à l'intérieur, plus épaisse au niveau des parties les plus déprimées. Cette apparition du tissu osseux nouveau, conforme à certaines lois d'ostéogénie pathologique, pourrait faire la matière de quelques réflexions intéressantes, que je néglige en ce moment par ne pas m'écarter de mon sujet.

Je ne veux pas non plus entrer ici dans de trop grands détails sur le genre de rétrécissement du bassin qui existait chez la mère de l'enfant. Tout ce que j'ai dit et les mesures que j'ai données me portent à croire qu'il s'agissait d'un bassin « simpliciter just minor ».

OBSERVATION XXI

De Siebold (consignée au tome IX, page 79 de son journal, Danyau, journal de Malgaigne, 1843).

Amélie K..., 27 ans, primipare, dont l'utérus offrait une obliquité antérieure très prononcée, fut prise des douleurs de l'accouchement le 25 décembre, vers deux heures du matin. Le 26, l'insuffisance des efforts matériels rendit l'application du forceps nécessaire. La tête fut extraite sans peine, et l'on remarqua alors pour la première fois que l'un des bras s'était engagé en même temps. L'enfant qui était une

filie à terme naquit en état de mort apparente, mais fut rappelée à la vie par l'emploi des moyens énergiques. Elle offrait au côté droit du front, près de la fontanelle antérieure, une dépression considérable qui ne pouvait résulter que d'une pression exercée, soit par la saillie sacro-vertébrale, soit par le coude même de l'enfant. Or, la bonne conformation du bassin rendait cette dernière supposition plus que probable. La dépression disparut peu à peu, et le 17 janvier, lorsque la mère amena son enfant, il ne restait presque plus de trace de l'enfoncement.

OBSERVATION XXIII.

De la thèse Jauslin.

Rétrécissement du bassin. — Accouchement spontané. — Dépression du pariétal gauche. — Enfant vivant. — Résumé.

Rosalie E..., 21 ans, petite, a des antécédents rachitiques, faible de constitution, les jambes sont déformées. Le diamètres sacro-pubien 8 centimètres $\frac{3}{4}$ juste, la première grossesse à terme, accouchée à terme spontanément, l'enfant est mort après avoir donné quelques signes de vie.

A son entrée, la dilatation est complète, les membranes sont intactes, la tête assez haute en O. S. G. A., contractions utérines sont très énergiques, la tête franchit l'obstacle et l'accouchement se fait spontanément. L'enfant du sexe masculin présente en avant de la bosse pariétal gauche une dépression assez prononcée.

Il est vivant, pèse 2.980 gr. Les diamètres de la tête sont :

O. F : 12 centimètres; O. M : 13.5; Bi P : 9, mesurée de la bosse pariétal droite au centre de la dépression. Sous O. Br 10 centimètres. Durée totale du travail : 4 h. 30.

OBSERVATION XXIV

Madame Lachapelle, II^e mémoire, p. 153.

Accouchement spontané. — Enfoncement du frontal gauche.

Le 19 floréal an 9, les élèves du service m'avertirent qu'une femme nommée D...er, en travail depuis quatre heures, était, depuis une heure, sans contraction utérine, et que la tête s'offrait dans la troisième position du sommet.

Cette femme avait déjà eu un enfant, elle semblait bien conformée; l'utérus n'était que peu oblique en avant; les membranes étaient rompues depuis une heure et demie.

Je la touchai, et je trouvai la tête engagée dans le détroit supérieur. La fontanelle postérieure était derrière le pubis gauche, et l'antérieure sur la gouttière sacro-iliaque droite. Cette dernière me parut un peu plus accessible qu'elle ne l'est d'ordinaire à pareille hauteur.

Cette circonstance indiquait que la tête n'avait point de tendance à se fléchir vers la poitrine.

Cependant, au moment même où je touchai cette femme, les douleurs se réveillèrent, la tête descendit brusquement dans le bassin, et peu après l'enfant naquit.

Il pesait sept livres. Quoique le travail n'eût duré que six heures, il était mort. Le frontal gauche était fortement déprimé vers son milieu; la bosse frontale était enfoncée avec fracture, la branche droite de la suture lambdoïde était recouverte d'une ecchymose médiocre. Cette ecchymose m'a paru être due à la pression du pubis, et l'enfoncement à celle de l'angle sacro-vertébral; ce n'est qu'à la faveur d'un pareil enfoncement que la tête a pu descendre ainsi placée.

Qu'eut-ce été si elle se fût présentée dans une troisième position franche?



CONCLUSIONS

I. L'aplatissement simple des os du crâne, chez le fœtus, est la forme la plus fréquente et la plus bénigne.

II. Les enfoncements se présentent avec deux formes principales : 1^o Enfoncement en forme de sillon ou gouttière ; 2^o Enfoncement en forme de cuiller ou godet. La première est la plus fréquente et la moins grave, se relève facilement ; la seconde est plus rare et plus grave, elle est compliquée souvent de fractures, — elle se relève plus difficilement.

III. Les enfoncements s'observent aussi bien à la suite d'un accouchement spontané dans un bassin rétréci, qu'à la suite d'un accouchement artificiel.

Dans le premier cas ils reconnaissent pour cause, d'une part, les contractions utérines, aidées à la période de l'expulsion par la contraction des muscles de la paroi abdominale ; de l'autre, cette cause est due à l'obstacle siégeant dans le bassin.

Dans le second cas, pour l'accouchement artificiel, le forceps ou la version agissent d'une façon directe ou indirecte.

IV. Les enfoncements craniens s'accompagnent souvent de lésions du cuir chevelu.

V. Dans les accouchements artificiels, par le forceps ou la version, pendant la traction, l'enfoncement s'annonce souvent par une sensation de glissement brusque ou d'une sorte de soubresaut que perçoit très nettement l'opérateur.

VI. La compression du cerveau au niveau de l'enfoncement se traduit parfois par des troubles de la motilité, le plus souvent par une paralysie faciale, moins souvent par une monoplégie ou hémiplegie en même temps qu'une paralysie faciale.

VII. Généralement, un grand nombre des enfoncements craniens n'occasionnent aucun trouble de compression cérébrale, se relèvent complètement au bout d'un certain temps, mais il en a aussi d'autres qui persistent indéfiniment.

VIII. Le traitement par opération sanglante doit être réservé seulement pour des cas où la vie de l'enfant est immédiatement menacée.

IX. Le meilleur traitement est le traitement préventif consistant en accouchement provoqué ou la symphysiotomie, toutes les fois qu'on peut se placer dans les meilleures conditions pour la mère et l'enfant.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

BARNES. — Traité d'obstétrique. Traduction Cordes, Paris, 1888.

— Leçons sur les opérations obstétricales. Traduction Cordes, Paris, 1873.

BAUDELOCQUE. — L'art des accouchements, Paris, 1789.

BOISSARD. — Notes et observations cliniques, Paris, 1892.

BUDIN. — De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. Recherches cliniques et expérimentales. Thèse, Paris, 1876.

— Leçon de clinique obstétricale, Paris, 1889.

BOUSQUET. — De l'accouchement chez les femmes rachitiques. Thèse, Paris, 1869.

CAZEAUX. — Traité théorique et pratique d'accouchement, Paris, 1867.

CHAMPETIER DE RIBES. — Du passage de la tête fœtale à travers le détroit supérieur rétréci du bassin dans les présentations du siège. Thèse, Paris, 1879.

CHAPENTIER. — Traité des accouchements. Paris, 1883.

COCQ. — De la compression par le forceps sur la tête de l'enfant, in Archives de tocologie, mai, 1894.

DANYAU. — Des fratures des os du crâne du fœtus, etc. In
Journal de Chirurgie de Malgaigns, Paris, 1843.

DEPAUL. — Bulletin de la Société anatomique, 1841.

— Leçons de cliniques obstétricale.

DEVENTER. — Observations importantes sur le manuel des
accouchements. Traduction, Bruhier d'Aiblaicourt,
Paris, 1733.

DUCOURNEAU. — Contribution à l'étude des lésions du
fœtus, etc. Thèse, Paris, 1876.

DUGES. — Manuel d'obstétrique. Paris, 1840.

DUNCAU. — Sur le mécanisme de l'accouchement. — Tra-
duction Budin, Paris, 1876.

GARDIEN. — Traité d'accouchement, Paris, 1807.

GIBOUDE. — Rétrécissement du Bassin, in Lyon médical,
1875.

HUCHARD. — Hémiplegie faciale chez le nouveau-né. Thèse
de Strasbourg, 1866.

FIEUX. — Du passage de la tête fœtale dans les bassins
aplatis et dans le bassin à type infantile. Thèse,
Bordeaux, 1896.

JOUSLAIN. — Des enfoncements des fractures du crâne pro-
duites chez le nouveau-né pendant l'accouchement.
Thèse, Paris, 1865.

KCEBERLÉ. — Notes sur les enfoncements du crâne chez le
nouveau-né, in gazette de Strasbourg, 1858.

LABAT. — Recherches cliniques et expérimentales sur la
tête du fœtus au point de vue obstétrical. Thèse,
Paris, 1881.

LACHAPELLE. (Mme) — Pratiques des accouchements, Paris,
1821.

LEPAGE. — De l'application du forceps au détroit supérieur.
Thèse, Paris, 1888.

- LITZMANN. — Les accouchements dans les rétrécissements du bassin. Traduction Thomasset, Lyon, 1889.
- MAYGRIER. — Art. « Version. » Dictionnaire encyclopédique.
- MICHAELIS. — Das enge Beken. Leipzig, 1851.
- MIRBECK (de). — Des fractures et des enfoncements du crâne du fœtus pendant l'accouchement. Thèse. Strasbourg, 1863.
- LELIÈVRE. — Des enfoncements et des fractures du crâne chez le fœtus pendant l'accouchement. Thèse, Paris, 1892.
- PAJOT. — Des lésions traumatiques que le fœtus peut éprouver pendant l'accouchement. Thèse d'agrégation, Paris, 1853.
- PARÉ (Ambroise). — Œuvres complètes, par Malgaigne, Paris, 1840.
- PANZINI. — Les enfoncements et les fractures du crâne pendant l'accouchement. Thèse, Toulouse, 1896.
- RIEDERER. — Éléments de l'art des accouchements. Traduction française, Paris, 1765.
- RUGE. — Des lésions du fœtus à la suite des extractions dans les présentations de l'extrémité pelvienne, etc. Traduction Charpentier, in Bulletin général de thérapeutique, 1875, t. 89.
- SMELLIE. — Traité de la théorie et de la pratique des accouchements. Traduction de Prévillé, Paris, 1777.
- SMITH. — Traitement chirurgical de l'enfoncement du crâne chez un nouveau-né. In American journal of obstetric.
- SAUDOUZY. — Essai sur hémiplégie chez le nouveau-né. Thèse, Paris, 1839.

TARNIER et CHANTREUIL. — Traité de l'art des accouchements, Paris, 1888.

TARNIER. — Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire et les procédés opératoires relatifs à cette extraction. Thèse d'agrégation, Paris, 1860.

BUDIN. — Des différentes applications du forceps au détroit supérieur. In Archives de tologie, 1894.

FARABEUF et VARNIER. — Introduction à l'étude clinique et à la pratique d'accouchement.

TRUST. — Les dépressions du crâne du fœtus pendant l'accouchement, etc. In American journal of obtetric, 1879, vol. XII., p. 571.

NADAUD. Paralyisie obstétricale. Thèse, Paris, 1872.

PARROT et TROISIER. — Archives de tologie, 1876.

PARROT. — Hémorrhagie encéphalique chez les nouveaux-nés. In Archives de tologie, 1875.

GIBOTTEAU. — Note sur le développement des fonctions cérébrales et sur les paralysies d'origines cérébrales chez les enfants. Thèse, Paris, 1888.

ROULLAN. — Paralysies obstétricales. Thèse, Paris, 1887.

SECHEYRON. — Communication à la Société de médecine de Toulouse, 11 juillet 1896.

BEKHTEREFF. — Archives slaves de biologie, 1886, t. II, p. 191.

